

# GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA UTILIZAR EL PLAN DE SALUD



**Maryland**  
INSURANCE ADMINISTRATION



# GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA UTILIZAR EL PLAN DE SALUD



# INFORMACIÓN IMPORTANTE

Usted tiene un plan de salud. Es una gran noticia, ¡está asegurado! Pero ahora, ¿qué sigue? Utilizará el plan para acceder a la atención médica.

Cuánto pagará o qué servicios cubrirá su plan depende de los detalles del plan. Esta herramienta le ayudará a conocer los detalles del plan de salud. Le ayudarán a entender mejor **su** plan. Con esta información podrá tomar mejores decisiones con respecto a su atención médica.

Los ejemplos en esta herramienta son generales. No son específicos de ningún plan de salud.

Existen distintos planes de salud. Esta herramienta no incluye detalles sobre cómo utilizar Medicaid, Medicare u otros tipos de planes de salud como las pólizas complementarias. Diríjase a la **Sección de recursos** para obtener información y ayuda sobre Medicaid, Medicare u otros tipos de planes de salud.

Diríjase al **Glosario** para ver las definiciones de algunos términos que se utilizan en esta herramienta.



Un agradecimiento especial a la Fundación de acceso a la atención médica de Maine ([www.mehaf.org](http://www.mehaf.org)) por la información y los gráficos obtenidos de su folleto original: *¡Tengo seguro médico! ¿Y ahora qué?*

# UTILIZAR EL PLAN DE SALUD

AQUÍ HAY ALGUNAS COSAS IMPORTANTES QUE NECESITAS RECORDAR:

- ✓ **Siempre tenga a mano la tarjeta del seguro.** Contiene información básica sobre el plan de salud. Le indica al médico y a otros proveedores de servicios médicos sobre quién está cubierto por el plan. Debe mostrarla cuando se presenta en la consulta médica o cuando va a la farmacia.
  - **Su tarjeta del seguro** ..... **Página 3**
- ✓ **Entienda cómo funciona su plan de salud.** La mejor forma de evitar las facturas de atención médica por sorpresa es entender el plan y cuáles serán sus gastos con anticipación.
  - **Conozca su plan de salud**..... **Página 2**
  - **Resumen de los beneficios y la cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** ..... **Página 4**
  - **Lista de beneficios/resumen de la cobertura**..... **Página 6**
  - **Aproveche al máximo el plan de salud** .....**Página 15**
- ✓ **Maneje su atención y los gastos por cuenta propia.** Elija un proveedor de atención primaria en la red de su plan. Puede ser un médico, un enfermero o un auxiliar médico.
  - **Distribución de costos: Cómo se distribuyen los costos entre usted y el plan de salud**..... **Página 7**
- ✓ **Maneje sus medicamentos recetados.**
  - **Sus medicamentos recetados** ..... **Página 13**
- ✓ **Conozca qué hacer en una situación médica urgente o de emergencia.**
  - **Qué hacer en una emergencia** ..... **Página 16**
- ✓ **Planificar con anticipación. Conozca qué necesita hacer si tiene programado un procedimiento médico o una cirugía.** Asegúrese que la institución (por ejemplo, un hospital o un laboratorio) y todos los proveedores de servicios médicos están asociados a la red de su plan. Si no lo están, deberá pagar una mayor parte de los gastos por su cuenta. Si va a recibir un servicio de atención médica importante, como una cirugía o un procedimiento, debe llamar a la aseguradora para consultar si necesita su autorización antes de usar el servicio de atención médica.
  - **Elija un proveedor de atención primaria en su red**.....**Página 10**
  - **Evite la facturación de saldos** .....**Página 11**
  - **Referencias y autorizaciones previas** .....**Página 16**
- ✓ **Entienda los puntos clave del plan de salud, de su salud y de su atención médica.**
  - **Distintos tipos de planes de salud**.....**Página 12**
  - **Planes de salud a través del trabajo** .....**Página 13**

- **Si tiene más de un plan de salud:**
- **Coordinación de beneficios .....Página 17**
- **Como presentar una reclamación .....Página 20**
- **Recursos del plan de salud .....Página 22**
- **Glosario de términos .....Página 24**
- ✓ **Actualice el plan si hay un cambio en su vida.** La vida es impredecible. Si se casa, se divorcia, tiene un hijo/a o adopta un niño/a, su plan de salud debe cambiar. Si cumple 65 años, averigüe cuándo tiene que inscribirse en Medicare y cuándo debe cancelar el plan de salud. Llame a su aseguradora y hágale saber si hay un cambio en su vida.
- **La vida cambia, su plan de salud también debería hacerlo.....Página 18**

## CONOZCA SU PLAN DE SALUD

No todos los planes de salud son iguales. Es posible que no se acuerde de todos los detalles del plan, qué cubre y qué no, o cuáles pueden ser sus gastos por cuenta propia.

No se preocupe. Puede obtener esa información cuando sea necesario. Aquí puede encontrar información sobre el plan y obtener ayuda para entender sus beneficios.

**Revise la tarjeta del seguro.** La tarjeta del seguro tiene la información más importante que usted necesita acerca del plan de salud. Le proporciona al proveedor información básica sobre el plan y quién está cubierto. En la mayoría de las tarjetas del seguro figuran números de teléfono gratuitos e información sobre sitios web en donde puede acceder a la información más actual del plan. Asegúrese de revisar el dorso de la tarjeta para obtener información importante.

También puede encontrar otros números de teléfono importantes en la tarjeta del seguro. Por ejemplo, es posible que haya un número al que pueda llamar si el plan ofrece asesoramiento de un enfermero o servicios de telemedicina.

**Revise el sitio web del plan de salud.** La mayoría de las aseguradoras tienen sitios web que puede utilizar para acceder a la información actualizada acerca del plan. Puede conocer sobre la cobertura del plan, qué doctores e instituciones (por ejemplo, hospitales y laboratorios) están disponibles en la red del plan, qué medicamentos recetados están cubiertos, qué reclamaciones ha pagado el plan y cuánto le queda por pagar del deducible. Por lo general, debe registrarse o crear una cuenta para iniciar sesión y obtener información específica **sobre el plan de salud.**

**Revise el resumen SBC.** Pregunte a la aseguradora o a su empleador por un resumen de los beneficios y la cobertura (conocido como un “SBC” por sus siglas en inglés). Esta es una breve lista de los beneficios y los

deducibles, los copagos y los importes de coseguro (conocido como distribución de costos).

**Revise la póliza o el certificado.** Asegúrese de tener una copia de la póliza y revisarla para obtener más información sobre sus beneficios. Si obtiene el seguro médico a través del trabajo, busque el certificado del plan.

La información del plan debe incluir un documento llamado “Lista de beneficios” o un “Resumen de la cobertura”. Ambos tienen información sobre los costos y los beneficios. También le brindarán información sobre qué servicios no están cubiertos por el plan (conocidos como “exclusiones”).

**Llame a la aseguradora.** Si después de buscar en los documentos del plan sigue teniendo preguntas, llame a la aseguradora de salud.

**Otros recursos.** Si compró el plan por fuera del trabajo, pídale ayuda al productor de seguros médicos (también conocido como un agente o corredor). Si el plan de salud es a través del trabajo, solicite ayuda al Departamento de recursos humanos.

Las próximas páginas le ayudarán a encontrar más información acerca del plan de salud.

## SU TARJETA DEL SEGURO

La tarjeta del seguro tiene la información más importante que usted necesita para usar el plan de salud. Necesitará la información de la tarjeta si habla por teléfono sobre el plan o si busca información en el sitio web de la aseguradora.

La tarjeta del seguro les brinda a los proveedores información básica sobre el plan y quién está cubierto. Necesitará mostrar la tarjeta del seguro cada vez que reciba un servicio de atención médica o hable con un proveedor de atención médica (por ejemplo, un médico) en persona. Si tiene cobertura de más de un plan de salud (tiene una cobertura a través del trabajo, pero también está cubierto por el plan de salud de su cónyuge), necesitará tener ambas tarjetas del seguro.

Cuando reciba la tarjeta del seguro, verifique la información en la parte delantera de la tarjeta. ¿La información coincide con lo que usted compró? ¿El tipo de plan es el correcto? ¿El nombre de la red es el que esperaba? ¿Los importes de la distribución de costos son correctos? Si hay un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) detallado en la tarjeta del seguro, ¿es el correcto?

Si alguna parte de esta información es incorrecta, llame a la aseguradora de inmediato.

Asegúrese de revisar también la información en el dorso de la tarjeta. Aquí encontrará otra información útil, como los números de teléfono para llamar a la aseguradora en caso de tener preguntas.

Por lo general, los planes de salud le dan una o dos tarjetas del seguro. Si no recibe una tarjeta, llame a la aseguradora. También puede imprimir una copia en papel de la tarjeta desde el sitio web de la aseguradora.

Lleve la tarjeta consigo en todo momento. Proteja la tarjeta del seguro como lo haría con cualquier otra información personal o financiera delicada.

## EJEMPLO DE LA TARJETA DEL SEGURO

Nombre de la aseguradora		<b>FRENTE</b>
Tipo de plan: Plan titanio PPO	Nombre de la persona: Jane Doe	
Fecha de inicio: 01/01/2020	Número de miembro: XXX-XX-XXX Número de grupo: XXXXX-XX	
Grupo de prescripción # XXXX Copago de medicamentos \$15.00 Genérico \$20.00 Nombre comercial	Copago del PCP \$15.00 Copago del especialista \$25.00 Copago de la sala de emergencias \$75.00	

Servicio de atención: 800-XXX-XXXX

www.myplan.com		<b>DOR</b>
Servicio de atención: 800-XXX-XXXX Línea de asesoramiento de enfermeros 24/7: 866-XXX-XXXX Servicios de telesalud: 888-XXX-XXXX		
Enviar reclamos		
a: My Plan, Inc Casilla de correo XXXX		

## RESUMEN DE LOS BENEFICIOS Y LA COBERTURA (SBC)

La información en la tarjeta del seguro sobre el plan y la distribución de costos puede ayudarle a entender cuáles serán sus gastos por cuenta propia. También puede encontrar más información útil en el resumen de los beneficios y la cobertura o SBC. Por ejemplo, en el resumen SBC encontrará información sobre los deducibles. El resumen SBC también le informa sobre los tipos de servicios que están cubiertos por el plan de salud y qué copagos o coseguro deberá pagar.

El resumen de los beneficios y la cobertura generalmente está disponible cuando compra un plan de salud por su propia cuenta o a través del trabajo, o cuando renueva o cambia el plan. Si no puede encontrar un resumen SBC del plan, pídale uno a la aseguradora, al productor de seguros o su empleador. Recuerde que los planes de salud de corto plazo no están obligados a darle un resumen SBC. (un plan de corto plazo es uno que le brinda cobertura solo por 3 meses o menos y no sigue las normas de la Ley de Atención Médica Asequible.)



Puede encontrar una muestra de un resumen SBC en <https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/summary-of-benefits-and-coverage/>.

A continuación, hay una imagen de la primera página de un resumen SBC para que tenga una idea de cómo es un SBC y del tipo de información que proporciona. Si tiene preguntas sobre el significado de las palabras subrayadas, recuerde revisar el **Glosario** que se encuentra al final de esta herramienta.

PREGUNTAS IMPORTANTES	RESPUESTAS
¿Cuál es el deducible total?	<b>\$500</b> por persona/ <b>\$1,000</b> por familia No aplica para la atención preventiva.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	Sí. <b>\$300</b> para la cobertura de medicamentos recetados. No hay otros <b>deducibles</b> específicos.
¿Existe un límite en mis gastos por cuenta propia?	Sí. Para los proveedores participantes <b>\$2,500</b> por persona/ <b>\$5,000</b> por familia Para proveedores no participantes <b>\$4,000</b> por persona/ <b>\$8,000</b> por familia
¿Qué es lo que no incluye el límite de gastos por cuenta propia?	Este plan no cubre las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica.
¿Hay un límite anual total de lo que paga el plan?	No.
¿Este plan utiliza una red de proveedores?	Sí. Diríjase a <b>www.[insertar].com</b> o llame al <b>1-800-[insertar]</b> para acceder a la lista de proveedores participantes.
¿Necesito una referencia para ver a un especialista?	No. No necesita una referencia para una consulta con un especialista.
¿Hay servicios que no están cubiertos por este plan?	Sí.

# LISTA DE BENEFICIOS/ RESUMEN DE LA COBERTURA

Puede obtener una lista de los servicios cubiertos por el plan de salud, junto con los gastos que deberá pagar. Encontrará esta lista en la *Lista de beneficios* (si el plan es a través de su trabajo) o en el *Resumen de la cobertura* (si compró el plan fuera del trabajo). Ambos detallan los diferentes servicios que cubre el plan de salud, junto con los gastos que deberá pagar. Este documento también muestra qué servicios están cubiertos y cuáles no.

Muchas aseguradoras de salud envían una copia impresa de la lista de beneficios (lista) o el resumen de la cobertura (resumen) cuando se inscribe por primera vez en un plan. Suele estar junto a la póliza o certificado del seguro. También puede acceder a una copia electrónica en el portal para miembros en el sitio web del plan. Esta lista le ayudará a tener una idea de cuánto pagará por los servicios. Conserve este documento junto con los papeles de la aseguradora.

“Beneficios” es el término que utilizan los planes de salud para los servicios de atención médica que cubre el plan. La lista (o el resumen) detalla las distintas categorías de los beneficios que el plan cubre, tales como los servicios preventivos, hospitalarios, médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos, de atención de urgencia o de medicamentos recetados. Por ejemplo, en el apartado de servicios de prevención, la lista puede indicar “examen físico para adultos (1 examen por año calendario)”.

Por lo general, la lista o el resumen se divide en distintas secciones:

El **encabezado** brinda información básica sobre el plan de salud. Explica el tipo de plan de salud que usted tiene (Organización de mantenimiento de salud (HMO), Punto de servicio (POS), Organización de proveedores exclusivos (EPO), Organización de proveedores preferidos (PPO) o Plan de pago por servicios (FFS/Indemnity)), a través de quién es el plan, el año de beneficios y la fecha de inicio del plan. Si obtiene el plan de salud a través del trabajo, la fecha de inicio será para la compañía, no solo para usted. Puede obtener más información sobre los distintos tipos de planes en la página 12.

La sección de **responsabilidades** le informa acerca del deducible, el coseguro y cuáles son los gastos máximos anuales que corren por cuenta propia. Puede obtener más información sobre los distintos tipos de distribución de costos en la página 9.

La sección de **beneficios de salud** enumera los beneficios específicos que están cubiertos. A veces, esta sección también tiene información sobre la distribución de costos.

La sección de **beneficios farmacéuticos** identifica los beneficios de medicamentos recetados del plan de salud y el copago. Puede obtener más información sobre cómo utilizar los beneficios farmacéuticos en las páginas 13 y 14.

La sección de **red(es)** le informa sobre la(s) red(es) de proveedores con los que el plan tiene un contrato. Cuando utilice proveedores de la red (conocidos como proveedores preferidos), los costos serán menores que si usa proveedores fuera de la red.

La sección de **beneficios para dependientes** enumera las personas dependientes que cubre el plan y durante cuánto tiempo.

## DISTRIBUCIÓN DE COSTOS: COMO SE DISTRIBUYEN LOS GASTOS ENTRE USTED Y EL PLAN DE SALUD

A continuación, detalle la información sobre su plan de salud y la distribución de costos. Utilice la póliza o el certificado de seguro, la tarjeta del seguro, la lista de beneficios/resumen de la cobertura o el resumen SBC para averiguar esta información.

Luego, lea las siguientes páginas para entender qué significan los distintos términos y cómo se calculan los costos.

**Deducible:** El importe que debe gastar por año en atención médica antes de que el plan comience a pagar. Si miembros de la familia están cubiertos bajo su plan de salud, habrá dos deducibles. Una vez que haya alcanzado el deducible familiar, también habrá alcanzado el deducible individual. Es posible que el plan cubra algunos servicios de prevención, como un examen físico anual, incluso si no ha alcanzado el deducible. Puede que tenga un deducible diferente para los medicamentos recetados.

Su deducible (individual): \_\_\_\_\_ Su deducible (familiar): \_\_\_\_\_

Deducible de medicamentos recetados (Rx, receta médica):

- incluido en el deducible antes mencionado  
 no incluido en el deducible antes mencionado

Su Rx deducible (individual): \_\_\_\_\_ Su Rx deducible (familiar): \_\_\_\_\_

**Copago:** Una cuota fija que usted paga directamente al proveedor cuando recibe atención médica (por ejemplo, \$40 por cada consulta de atención primaria).

Sus copagos:

Atención primaria dentro de la red: \_\_\_\_\_

Atención primaria fuera de la red: \_\_\_\_\_

Especialista dentro de la red: \_\_\_\_\_

Especialista fuera de la red: \_\_\_\_\_

Servicio de emergencias dentro de la red: \_\_\_\_\_

Servicio de emergencias fuera de la red: \_\_\_\_\_

Atención de urgencia dentro de la red: \_\_\_\_\_

Atención de urgencia fuera de la red: \_\_\_\_\_

Prescripción médica: \_\_\_\_\_

**Coseguro:** El porcentaje que paga por la mayoría de los servicios de atención médica **incluso después de alcanzar el deducible**. Por ejemplo, si el coseguro es del 20 %, entonces la aseguradora paga el 80 % del importe cubierto y usted paga el 20 % hasta alcanzar el máximo de gastos por cuenta propia.

Su coseguro:

Dentro de la red: \_\_\_\_\_ Fuera de la red: \_\_\_\_\_

**Máximo de gastos por cuenta propia:** Lo máximo que paga durante un período del plan antes de que el plan de salud pague todos los gastos de los servicios cubiertos. El máximo no incluye la prima mensual.

Máximo de gastos por cuenta propia: \_\_\_\_\_

Máximo de gastos por cuenta propia familiares: \_\_\_\_\_

**Prima mensual:** Un importe fijo que debe pagar cada mes o con cada cheque de pago del plan de salud. Si se atrasa o no realiza un pago, la aseguradora puede cancelar el plan.

Su prima mensual: \_\_\_\_\_



## CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS GASTOS ENTRE USTED Y EL PLAN DE SALUD—EJEMPLO

El deducible del plan de Jane es de: \$1,500 | Copago: \$0 | Coseguro: 20 % | Máximo de gastos por cuenta propia: \$5,000

Comienzo del período de cobertura 1ro de enero



El paciente paga el 100 %

El plan paga 0 %

### Jane aún no alcanzó el deducible de \$1,500.

Su plan no paga ninguno de los costes.

La consulta médica cuesta: \$125

Jane paga: \$125

El plan paga: \$0

Aviso: todos los planes pagan el 100 % de los servicios de prevención incluidos desde el comienzo.



El paciente paga el 20 %

El plan paga el 80 %

**Jane alcanzó el deducible de \$1,500, comienza el coseguro.** Jane ha ido al médico varias veces. El plan paga parte de los gastos.

La consulta médica cuesta: \$75

Jane paga: 20 % de los \$75 = \$15

El plan paga: 80 % de los \$75 = \$60

Aviso: algunos planes exigen que el paciente pague un copago, un importe fijo por cada consulta o receta.



El plan paga el 100 %

El paciente paga 0 %

**Jane alcanza el límite de gastos por cuenta propia de \$5,000.** Jane ha ido al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. El plan pagará el total de los servicios de atención médica cubiertos durante el resto del año.

La consulta al médico cuesta: \$200

Jane paga: \$0

El plan paga: \$200

Fin del período de cobertura 31 de diciembre

# ELIJA UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DE LA RED

La visita al médico de cabecera es el primer paso para recibir atención médica. Allí es donde debe llamar o acudir cuando necesite atención médica. El médico de cabecera es quien lo ayuda a obtener los servicios de los especialistas o profesionales de la salud que necesite.

La aseguradora puede asignarle un proveedor de atención primaria. Generalmente, usted puede cambiar de proveedor si no le gusta el que el plan le asignó. Comuníquese con la aseguradora para averiguar cómo hacerlo.

Para la mayoría de las personas tiene sentido elegir un proveedor de atención primaria de la red del plan de salud. Pagará una menor cantidad de dinero por cuenta propia si utiliza proveedores que estén en la red del plan. Esto se debe a que el plan tiene contratos negociados con los proveedores.

Para buscar a los proveedores cerca de usted que estén en la red de su plan de salud, primero necesita saber el nombre de la red. Este se encuentra en la póliza o certificado de seguro o en la tarjeta de seguro de salud. Luego, visite el sitio web de su aseguradora y busque el directorio de proveedores de la red. O puede llamar a la aseguradora. El número de teléfono se encuentra en la tarjeta de seguro de salud. Si tiene un seguro de salud a través del trabajo, es posible que su empleador tenga acceso al directorio de proveedores.

Luego de encontrar al proveedor deseado, llame a su oficina y realice las siguientes preguntas:

1. ¿Está en la red de mi plan?
2. ¿Acepta nuevos pacientes?

Si necesita ayuda, llame a su aseguradora. El número se encuentra en la tarjeta de seguro de salud. Si necesita atención médica especializada, verifique si los hospitales o los especialistas locales están en la red de su plan.

## ¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO CONSULTAR A UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED?

Si utiliza a un proveedor fuera de la red de su plan de salud en una situación que no sea de emergencia, es posible que deba pagar más. Sin embargo, a veces, es posible que no pueda obtener la atención médica que necesita de un especialista que esté en la red de su aseguradora. Quizás el especialista de la red se encuentre a una distancia considerable o no pueda otorgar citas por un largo periodo de tiempo o no pueda tratar la enfermedad que usted padece. Cuando esto sucede y usted debe realizar una visita a un especialista fuera de la red, es posible que la aseguradora deba brindar cobertura de la misma forma que lo haría con un especialista de la red. La aseguradora debe ofrecerle un procedimiento a través del cual pueda obtener cobertura de la red al recibir atención médica de un proveedor fuera de la red.



Según las leyes de Maryland, si el plan de su seguro de salud no cuenta con un especialista de la red que pueda prestarle los servicios médicos necesarios para tratar su enfermedad o condición sin que deba viajar una distancia considerable o esperar un largo periodo de tiempo, puede solicitar la aprobación del plan de salud para visitar a un especialista fuera de la red. Si se cumplen determinadas condiciones, el plan de salud deberá cubrir los servicios que usted reciba por parte del especialista fuera de la red y procesar sus reclamaciones al aplicar deducibles, coseguros o copagos de la red.

*A menos que sea una emergencia, debe solicitar la aprobación antes de visitar a un especialista fuera de la red. Debe seguir el procedimiento de la aseguradora. Puede llamar al número que se encuentra en la parte trasera de la tarjeta de seguro de salud u obtener información sobre el procedimiento en <https://bit.ly/miaccp>.*

Si no solicita la aprobación previa y elige ver a un especialista fuera de la red, y los especialistas dentro de la red estaban disponibles, los servicios sólo estarán cubiertos si tiene beneficios fuera de la red y solo por la cantidad permitida para la cobertura fuera de la red. Si no está recibiendo la asistencia que necesita lo suficientemente rápido, la Administración de Seguros de Maryland puede ayudarle. Póngase en contacto con nosotros al (800) 492-6116.

## EVITE LA FACTURACIÓN DE SALDOS

Las facturas de saldo se producen cuando un proveedor que no está en la red del plan de salud le cobra más de lo que el plan paga. El proveedor le cobra la diferencia de los servicios cubiertos por el plan de salud. Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar el pago del plan como pago total y no le enviarán una factura de saldo. De esa forma, puede evitar los gastos extra de las facturas de saldo si elige proveedores que estén en la red del plan de salud.

A veces, es posible que no pueda elegir a un proveedor de la red de su plan. Puede que necesite un tratamiento de emergencia o que deba visitar a un proveedor fuera de la red en un hospital de la red. Según la Ley Sin Sorpresas, es posible que los planes no realicen una factura de saldo en los siguientes casos:

1. Al recibir servicios de emergencia cubiertos por un proveedor fuera de la red o en una sala de emergencias fuera de la red.
2. Al recibir los servicios de un proveedor fuera de la red en una situación que no es de emergencia en un centro médico de la red, a menos que dé su consentimiento voluntario por adelantado y por escrito para renunciar a sus protecciones. Nunca se le solicitará que renuncie a sus protecciones para recibir servicios de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología o de los asistentes de cirujano, médicos hospitalistas o intensivistas; tampoco se le cobrará una factura de saldo por recibir estos servicios en un centro médico de la red.
3. Al recibir los servicios de una ambulancia aérea cubiertos por un proveedor fuera de la red.

*Además, a partir del 1 de enero de 2023, si recibe la aprobación para visitar a un especialista en servicios de salud mental o por trastornos por uso de sustancias fuera de la red, las leyes de Maryland lo protegen del cobro de la factura de saldo.*

## DISTINTOS TIPOS DE PLANES DE SALUD

Mi plan es:  un PPO  un HMO  un EPO  un FFS  un POS  No sé

### PPO

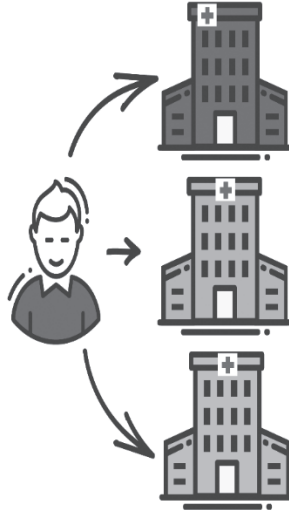
#### Organización de proveedores preferidos

Puede realizar una consulta con cualquier proveedor que acepte el seguro.

Es probable que tenga mayores gastos por cuenta propia por la atención fuera de la red.

Por lo general, las primas mensuales son más caras ya que hay una mayor cantidad de proveedores.

No es necesaria una referencia del proveedor de atención primaria para realizar una consulta con un especialista.



### HMO

#### Organización de mantenimiento de la salud

Al inscribirse, debe elegir un proveedor de atención primaria dentro de la red.

Debe realizar consultas con proveedores dentro de la red, excepto en un caso de emergencia.

Las primas y la distribución de gastos pueden ser menores ya que hay menos opciones.

Debe obtener una referencia del proveedor de atención primaria para realizar una consulta con un especialista.



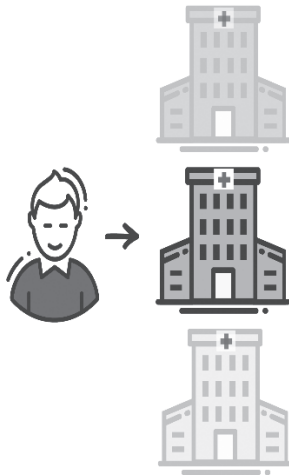
### EPO

#### Organización de proveedores exclusivos

Debe realizar consultas con proveedores dentro de la red, excepto en un caso de emergencia.

Por lo general, las primas son más bajas que las de los PPO debido a las restricciones en la red.

No necesita una referencia de un médico de atención primaria para realizar una consulta con un especialista.



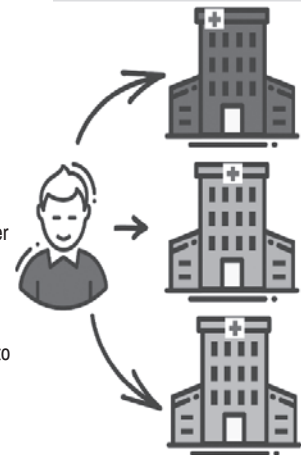
### FFS

#### Plan de pago por servicios (indemnización)

Puede realizar consultas con cualquier proveedor.

Una vez que alcanzó el deducible, el plan paga un importe fijo (generalmente un porcentaje) del costo habitual y razonable del servicio.

Las primas mensuales son más altas porque puede realizar consultas con cualquier proveedor.



### POS

#### Punto de servicio

Debe elegir un proveedor de atención primaria dentro de la red.

Sus costos serán menores si utiliza proveedores dentro de la red, pero tiene la posibilidad de buscar atención médica fuera de la red.

Debe obtener una referencia del proveedor de atención primaria para realizar una consulta con un especialista fuera de la red.



Diríjase a la página 10 para conocer más información sobre los proveedores dentro y fuera de la red.



## PLANES DE SALUD A TRAVÉS DEL TRABAJO

Puede obtener el plan de salud a través de su trabajo o del trabajo de un familiar. Si el empleador paga los costos de los servicios de atención médica que están cubiertos por el plan, el plan conoce como plan de salud autofinanciado. Muchos grandes empleadores, sindicatos, agencias gubernamentales y distritos escolares tienen planes de salud autofinanciados.

Los planes de salud autofinanciados por lo general tienen un administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) para revisar y pagar las reclamaciones del plan. A veces, el administrador externo comparte un nombre comercial con la aseguradora de salud. Pero el empleador sigue siendo responsable de proporcionar el dinero para pagar las reclamaciones, no la aseguradora. Si el empleador es un organismo del gobierno, el gobierno es responsable de proporcionar el dinero para el pago de las reclamaciones.

La Administración de seguridad de los beneficios para empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (DOL-EBSA, por sus siglas en inglés) regula los planes de salud autofinanciados. Generalmente, las leyes estatales de los seguros no aplican a los planes autofinanciados.

Algunos planes provistos por el empleador están completamente cubiertos. A diferencia de los planes autofinanciados, en un plan de seguro total, una aseguradora es responsable de cubrir los costos de la atención médica. La aseguradora le cobra al empleador una prima para tomar esa responsabilidad financiera.

La Administración de seguros de Maryland regula los planes de salud totalmente asegurados. Estos planes, si se emiten en Maryland, deben seguir las leyes de seguros de Maryland. La Administración de seguros de Maryland puede ayudar a los consumidores que tienen planes de seguro total. Si usted tiene cobertura en el marco de un plan grupal emitido en otra jurisdicción, aplicará la ley de la otra jurisdicción.

## SUS MEDICAMENTOS RECETADOS

Los planes de salud le ayudan a pagar los costos de los medicamentos recetados que están cubiertos. Las aseguradoras utilizan un “formulario” para determinar la parte de los gastos que usted deberá pagar. Puede encontrar el enlace del formulario del plan en el resumen de la cobertura de beneficios en la sección “situaciones médicas comunes” en la fila denominada “si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición”. Por lo general, un formulario tiene distintas categorías. Los medicamentos recetados que se detallan en una categoría pueden tener un mayor costo que los que se detallan en otra categoría.

Siempre muestre la tarjeta del seguro médico en la farmacia. Las recetas que usted pague se tendrán en cuenta en el máximo anual de gastos por cuenta propia.

Para averiguar qué recetas cubre el plan, puede realizar lo siguiente:

Diríjase al sitio web de la aseguradora para encontrar el formulario en línea del plan de salud.

Revise la póliza o el certificado de seguro para obtener más información sobre el formulario.

Si necesita ayuda, llame directamente a la aseguradora para averiguar qué cosas están cubiertas.

#### EJEMPLO: CATEGORÍAS DE MEDICAMENTOS RECETADOS EN UN FORMULARIO CATEGORIZADO :

\$ **Categoría 1**—Medicamentos genéricos. Estos son los medicamentos menos costosos.

\$\$ **Categoría 2**—Medicamentos de marca preferidos. Estos medicamentos tienen un costo mayor porque son únicos y los fabrica solo una empresa farmacéutica.

\$\$\$ **Categoría 3**—Medicamentos de marca no preferidos. Estos también son medicamentos de marca. Pero es posible que tengan un costo mayor que otros medicamentos de marca que se utilizan para tratar la misma enfermedad.

\$\$\$\$ **Categoría 4**—Algunos planes utilizan esta categoría para los medicamentos de especialidad. Otros planes tienen una categoría de “especialidad” separada. Estos son medicamentos de alto costo que se utilizan para tratar enfermedades raras o complejas.

Es una buena idea hablar con los proveedores sobre los medicamentos más económicos para usted según su plan.

Si la farmacia le indica que su plan no cubre un medicamento recetado que usted ha estado tomando, algunas aseguradoras pueden permitirle reponer la receta una vez. Eso le dará tiempo para hablar con su proveedor acerca de otras opciones.

También le puede consultar con el proveedor para que le solicite una excepción al plan de salud. Con una excepción, puede obtener el medicamento recetado que el plan generalmente no cubre. La aseguradora de salud puede aceptar por las siguientes razones:

- Todos los demás medicamentos cubiertos por el plan no han funcionado o no funcionan tan bien como el medicamento que recetó el proveedor, o
- Todos los otros medicamentos que cubre el plan han causado o podrían causar efectos secundarios perjudiciales.



# APROVECHE AL MÁXIMO SU PLAN DE SALUD

Puede utilizar el plan de salud para obtener atención preventiva y mantenerse sano. Programe las consultas necesarias para usted y su familia. Evite las visitas al servicio de emergencias siempre que pueda, esto le ahorrará dinero. Además, es posible que el plan cubra otros servicios que pueden ayudarle a mantenerse sano. Algunos servicios que pueden ayudarle a sacarle el mayor provecho al plan de salud pueden incluir:

- Atención para madres y bebés
- Exámenes físicos anuales
- Visitas de control pediátrico
- Controles de prevención programados, tales como las mamografías, las colonoscopías y otros
- Otros servicios de prevención y bienestar
- Terapia y servicios para trastornos por consumo de sustancias
- Medicamentos recetados
- Servicios de laboratorio
- Ayuda para controlar enfermedades como la diabetes o la presión arterial alta
- Servicios para niños/as (por ejemplo, controles de la vista)
- Vacunaciones

Es posible que su plan pague los costos totales para algunos de estos servicios incluso antes de alcanzar el deducible. No tiene que pagar nada por algunos servicios de prevención. Verifique con el proveedor y su plan para asegurarse que el servicio es considerado de prevención.

Es probable que el plan cubra los beneficios de salud esenciales.<sup>1</sup> Cualquier plan de salud calificado que compre a través de *Maryland Health Connection* cubre estos beneficios. Puede que algunos planes de derechos adquiridos o planes provistos por el empleador que usted compre fuera del mercado no lo hagan.



<sup>1</sup> Los beneficios de salud esenciales incluyen las siguientes categorías:

1. Servicios para pacientes ambulatorios (servicio ambulatorio)
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Atención a la maternidad y al recién nacido
5. Servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, incluso tratamientos de salud conductual
6. Medicamentos recetados
7. Servicios y aparatos de rehabilitación y readaptación (aquellos que ayudan a los pacientes a adquirir, mantener o mejorar las habilidades necesarias para la actividad diaria)
8. Servicios de laboratorio
9. Servicios de prevención y bienestar, y tratamiento de enfermedades crónicas
10. Servicios de pediatría, incluso el cuidado bucal y de la vista

# QUÉ HACER EN UNA EMERGENCIA

Utilice el servicio de emergencias (o una sala de urgencias) **únicamente** si tiene una emergencia real, como cualquier dolor grave, un dolor de pecho o estómago, una hemorragia que no puede detener o una sensación de debilidad repentina.

Puede usar los centros de atención de urgencia, conocidos también como de atención rápida, atención exprés o de primera atención, cuando necesite ver a un proveedor más rápido de lo que podría ver a su proveedor principal. Generalmente tienen un costo menor que a los servicios de emergencias. Si tiene un plan con copagos, es posible que el copago para servicios de atención de urgencia no sea mucho mayor que el copago para una consulta médica. Algunos centros de atención de urgencia toman citas para que no tenga que esperar mucho tiempo para ver al proveedor.

Comuníquese con la aseguradora para preguntar qué centros de atención de urgencia cercanos están dentro de la red.

Si se encuentra en una situación de emergencia o que pone en peligro su vida, llame al 9-1-1 o visite la sala de emergencias más cercana. En caso de emergencia, diríjase al hospital más cercano. Su plan de salud no puede exigirle una autorización previa antes de la visita a una sala de emergencias ni cobrarle más si el hospital no está en la red de su plan. Es posible que deba pagar algunos costos de los servicios de emergencia, según su plan. Por ejemplo, puede que deba pagar un copago o parte de los costos si no ha alcanzado su deducible. Según la Ley Sin Sorpresas, si recibe servicios de emergencia a través de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede cobrarle son los gastos compartido de la red de su plan (como copagos y coseguros). No podrán cobrarle una factura de saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir luego de alcanzar una condición estable, a menos que haya dado su consentimiento por escrito y renunciado a sus protecciones para que no le cobren una factura de saldo por los servicios posteriores a la estabilización.

Si no está seguro de dónde ir, no dude en llamar al proveedor de atención primaria.



## REFERENCIAS Y AUTORIZACIONES PREVIAS

Algunos planes de salud, principalmente las Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, en inglés), **exigen** una referencia antes de recibir atención de los proveedores. Una referencia es una orden del proveedor de atención primaria para que usted consulte con un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Si no tiene la referencia, es posible que el plan no pague **ninguno** de los costos del servicio.

Otro tipo de planes de salud, no solo las HMO, pueden exigir una autorización previa para algunos servicios. Si necesita algún tratamiento, servicio o equipo médico especial, es probable que primero necesite una aprobación

del plan de salud. Esto se llama autorización previa. Un plan de salud proporciona una autorización previa cuando un servicio es necesario por razones médicas. Sin la autorización, puede que el plan de salud no pague por **ninguno** de los gastos. Puede consultar con su proveedor si necesita una autorización previa. Algunos proveedores le solicitarán la autorización previa al plan de salud.

Para las situaciones que no sean de emergencia, por lo general, necesitará obtener una aprobación previa antes de visitar a un especialista fuera de la red. Para obtener la aprobación, deberá seguir el procedimiento de su plan de salud. Puede obtener más información al llamar al número que se encuentra al dorso de la tarjeta de seguro de salud o visitar el sitio web <https://bit.ly/miaccp>

## SI TIENE MÁS DE UN PLAN DE SALUD: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si tiene más de un plan de salud, todos sus planes trabajan en conjunto para pagar su parte de los costos de la atención médica.

Necesita informarles a sus proveedores en el caso de tener más de un plan de salud. Las normas de la coordinación de beneficios determinan qué plan es el principal (paga primero) y cuál es secundario (paga segundo). Hable con ambas aseguradoras. Infórmese sobre qué es lo que esperan de usted y cómo se van a coordinar los planes.

El plan de salud principal procesa primero la reclamación del seguro. Si todavía queda un saldo, el plan secundario procesa la reclamación por ese saldo. El plan no pagará más que el importe total de la reclamación. Si tiene dos planes de salud, no recibirá el doble de beneficios. Debe alcanzar los deducibles y pagar su parte de los gastos en cada uno de los planes.

Aunque tenga más de un plan, esto no significa que el plan cubre **todos** los servicios de atención médica. Un plan paga únicamente por los beneficios cubiertos. Por ejemplo, si se realiza una cirugía estética para mejorar su apariencia, ninguno de los planes de salud pagará por los gastos si no cubren las cirugías estéticas.

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona la coordinación de beneficios: Digamos que tiene una consulta con el médico y le llega una factura de \$100. El plan principal paga el importe que cubre. Supongamos que son \$50. Si el plan secundario cubre la consulta médica, podría pagar hasta \$50, si ha alcanzado el deducible y no tiene ninguna otra responsabilidad de distribución de costos.

Algunos ejemplos de cómo las personas pueden tener más de un plan de salud:

- ✓ Está inscripto en el plan de salud del empleador y su cónyuge lo ha incorporado en su plan.
- ✓ Un niño/a está cubierto/a por los planes de salud de ambos padres por separado.
- ✓ Un niño/a tiene su propio plan de salud (a través de la escuela o el trabajo) y permanece en el plan de los padres hasta los 26 años.
- ✓ Un niño/a está casado/a, está en el plan su cónyuge y permanece en el plan de los padres hasta los 26 años.
- ✓ Una persona está inscripta en Medicare y tiene un plan de salud privado.
- ✓ Una persona está inscripta en Medicaid y tiene un plan de salud privado.

- ✓ Un militar o un veterano tiene TRICARE o cobertura a través de la Administración de veteranos (VA, por sus siglas en inglés), así como también otro plan de salud.

Cuando utilice los servicios de atención médica, verifique que estén dentro de la red de los dos planes de salud si utilizará ambos.

## LA VIDA CAMBIA, SU PLAN DE SALUD TAMBIÉN DEBERÍA HACERLO

Cuando la vida cambia, por una mudanza, casamiento o un cambio de trabajo, es posible que necesite realizar cambios en el plan de salud. A menudo hay reglas especiales sobre los cambios en el plan de salud. Por lo general, puede inscribirse en un plan de salud solo una vez al año durante un período de tiempo llamado período anual de inscripción abierta. Muchos cambios en la vida lo habilitan a inscribirse o cambiar el plan cuando se produce el cambio. No es necesario que espere hasta que abra el próximo período de inscripción. Estos cambios en la vida se conocen como acontecimientos habilitantes. Los acontecimientos habilitantes aplican tanto para los planes del empleador como para los que compra por cuenta propia.

## CAMBIOS EN SU FAMILIA

Un plan de salud familiar cubre a más de un miembro de la familia. Cuando su familia cambia, debido a un casamiento, un divorcio o el nacimiento o la adopción de un/a niño/a, es momento de reevaluar el plan de salud. Es posible que necesite agregar o quitar a miembros de la familia. También puede que tenga que cambiar el plan cuando un/a hijo/a adulto/a alcanza los 26 años y ya no cumple los requisitos para estar en el plan. Posiblemente tenga que cambiar de un plan individual a un plan familiar o de un plan familiar a uno individual. Puede llamar a la aseguradora o visitar el sitio web para averiguar cómo agregar o quitar familiares. Si el plan de salud es a través del trabajo, verifique con recursos humanos.

Informe a la aseguradora lo antes posible si sucede alguna de las siguientes situaciones:

- Cambio de domicilio
- Casamiento
- Divorcio o separación
- Nacimiento o adopción de un/a niño/a
- Fallecimiento de un miembro de la familia con cobertura
- Un/a niño/a en el plan de salud cumplió 26 años
- Un adulto en el plan de salud cumplió 65 años

## SALIR DE UN PLAN GRUPAL

Si **cambia** de trabajo, puede que necesite cambiar el plan de salud. Si el plan era a través de su antiguo trabajo, probablemente deba inscribirse en un nuevo plan de salud.

Si **pierde** su trabajo, es posible que pueda quedarse con el plan de salud que tenía a través del trabajo. Pero deberá pagar la prima en su totalidad, su parte y la parte del empleador. Consulte con su empleador acerca de la continuidad de la cobertura COBRA (Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado). Si tiene 65 años o más, pierde su trabajo y todavía no se ha inscrito en Medicare, debería hacerlo en este momento para evitar intereses en las primas o demoras en la cobertura. Si tiene más preguntas, comuníquese con el Programa de asistencia para seguros médicos del Estado (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Si abandona un grupo familiar porque ya no puede trabajar debido a una discapacidad, puede solicitar los beneficios por discapacidad del Seguro Social. Una vez que haya recibido estos beneficios durante dos años, cumplirá los requisitos para Medicare.

## BUSQUE OPCIONES DE PLANES DE SALUD ASEQUIBLES

Si sus ingresos personales o familiares cambian, pueden generar cambios en su elegibilidad para recibir ayuda con los costos del plan de salud. Puede registrarse en *Maryland Health Connection* ([www.marylandhealthconnection.gov](http://www.marylandhealthconnection.gov)) para averiguar si cumple los requisitos para recibir ayuda financiera para comprar un plan de mercado. También puede cumplir los requisitos para un plan de salud de bajo costo o sin costo a través de Medicaid o el Programa de seguro médico para niños/as (CHIP, por sus siglas en inglés).

Hay un período anual de inscripción abierta para los planes de mercado. Durante este período, cualquiera puede inscribirse o cambiar de plan. Pero debe cumplir los requisitos para inscribirse o cambiar de plan a través del mercado en cualquier otro momento si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Perdió su plan de salud, pero pagó las primas
- Perdió la cobertura a través de Medicare, Medicaid o el Plan de seguro médico para niños/as
- No puede permanecer en el plan de salud actual porque ya no es dependiente
- Se mudó
- Se casó
- Se divorció o se separó del cónyuge

- Parió o adoptó un niño/a
- Falleció un miembro de la familia con cobertura
- Se embarazó

Estas situaciones lo habilitan para un período de inscripción especial, es decir una oportunidad para inscribirse o cambiar de plan de salud sin tener que esperar el próximo período de inscripción abierta. Pero debe comunicarse con el mercado dentro de los 60 días posteriores al acontecimiento. Si se le pasó el período de inscripción especial, deberá esperar el próximo período de inscripción abierta. Puede averiguar más sobre los períodos de inscripción especial (SEPs, en inglés) en <https://bit.ly/2Df4Wv7>.

## MEDICARE

Si pronto cumple 65 años, averigüe cuándo debe inscribirse para Medicare. Si su empleador tiene **menos de 20 empleados**, debe inscribirse para Medicare Partes A y B porque Medicare será el plan principal (paga las reclamaciones primero). Si el empleador tiene **20 o más empleados y usted no tiene una Caja de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)**, entonces deberá inscribirse para Medicare Parte A si cumple los requisitos para la cobertura gratuita. Si tiene más preguntas, comuníquese con el Programa de asistencia para seguros médicos del Estado (<https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx>).

Una vez que deje de trabajar o pierda el plan de salud en el trabajo, después de cumplir 65 años, tiene un plazo de ocho meses para inscribirse en Medicare Parte B. Si pierde esa oportunidad, las primas de Medicare serán más altas.

## CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

La mayoría de los proveedores presentan las reclamaciones de seguro por usted. Es por eso que necesita la tarjeta del seguro cuando realiza una consulta. Los proveedores le envían al plan de salud una factura con información sobre su estado de salud y cuándo ha sido tratado. El plan de salud compara sus beneficios con los servicios facturados y le paga al proveedor. Este pago no incluye ningún importe que sea responsabilidad suya, por ejemplo, el deducible, los copagos o el coseguro. Si el plan no cubre ninguna parte de la reclamación o el servicio de atención médica, el proveedor de atención médica puede pedirle que pague el saldo. Si tiene que pagar un coseguro, muchos proveedores realizan una estimación del importe y le piden que lo pague en la consulta.

Algunos proveedores de servicios médicos no presentarán las reclamaciones por usted. Puede preguntar a los proveedores si lo harán. Si tiene que presentar la reclamación por su cuenta, pídale al proveedor que lo ayude para tener las fechas, los tratamientos y los códigos correctos en el formulario de reclamación. Recuerde que cuando presenta la reclamación por su cuenta, la mayoría de los proveedores exigen que pague el importe total por adelantado. Luego de procesar la reclamación, el plan de salud le reintegrará el dinero.



# CUÁNDO EL PLAN DE SALUD PAGA LAS RECLAMACIONES

Si el proveedor presenta la reclamación, no pague la factura por los servicios cubiertos hasta que el plan de salud haya revisado la reclamación.

¿Cómo sabe si el plan revisó la reclamación? El plan de salud le enviará una “**Explicación de beneficios**” (EOB, por sus siglas en inglés) luego de que usted reciba los servicios. El EOB le informa sobre los servicios que el plan pagó o no pagó y por qué.

El plan de salud debe explicarle por escrito dentro de un determinado tiempo por qué no pagó por un servicio. Si considera que el plan debería haber pagado por el servicio, puede apelar esta decisión.

El plan de salud debe informarle cómo puede apelar las decisiones. Si tomarse el tiempo para realizar la apelación pone en riesgo su vida o su capacidad para desenvolverse plenamente, puede presentar una apelación “urgente” para obtener una decisión más rápido.

La aseguradora puede rechazar de manera total o parcial una solicitud de autorización previa o una reclamación de cobertura si los servicios no están cubiertos por el plan de salud o si considera que los servicios no son necesarios por razones médicas. Por ejemplo, la aseguradora puede indicar que la atención es asistencial, pero usted considera que es necesaria por razones médicas. Si considera que la solicitud para una autorización previa o una reclamación ha sido rechazada erróneamente, puede presentar una apelación ante la aseguradora. Las instrucciones para presentar una apelación estarán en la póliza y también pueden estar en la carta de explicación de beneficios o en el resumen de los beneficios y de la cobertura del plan de salud.

La Unidad de educación y promoción de la salud (HEAU, por sus siglas en inglés) de la División de Defensa del Consumidor de la Oficina del Procurador General puede ayudarle a presentar la apelación. Puede enviarles un correo electrónico a [heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us) o llamar al 410-528-1840 o llamar gratis al 1-877-261-8807 de lunes a viernes de 9 a. m. a 4:30 p. m. También puede presentar el reclamo en línea o por correo. El sitio web para obtener más información es: <http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>.

Si su plan de salud está regido por la ley de Maryland, también puede presentar el reclamo ante la Administración de seguros de Maryland (MIA, en inglés) al llamar al 410-468-2340 o al llamar gratis a 1-800-492-6116. Por lo general, debe apelar la decisión a través del proceso de apelación del plan de salud antes de presentar el reclamo ante la MIA. En algunas situaciones, es posible que pueda presentar el reclamo ante la MIA incluso si no ha completado el proceso de apelación del plan de salud. Para obtener más información, diríjase a: <http://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/FileAComplaint.aspx>.

Si su plan de salud no está regido por la ley de Maryland, es probable que aún tenga el derecho a una revisión externa de la decisión del plan de salud. Debe leer la póliza para conocer las instrucciones sobre cómo solicitar esta revisión o comunicarse con la HEAU para obtener ayuda

## RECURSOS DEL PLAN DE SALUD

Unidad de educación y promoción de la salud de la Oficina del  
Procurador General de Maryland 200 St. Paul Place Baltimore,  
MD 21202 410-528-1840 / 877-261-8807  
*[www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/hea](http://www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/hea)*

Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Maryland  
301 W. Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201  
410-767-1100 / 800-243-3425  
*[www.aging.maryland.gov](http://www.aging.maryland.gov)*

Departamento de Administración y Presupuesto - Oficina de Servicios y  
Beneficios del Personal 301 W. Preston Street Baltimore, MD 21201  
410-767-4765 / 800-705-3493  
*[www.dbm.maryland.gov/Pages/DivOPSB.aspx](http://www.dbm.maryland.gov/Pages/DivOPSB.aspx)*

Departamento de Discapacidades de Maryland  
217 E. Redwood Street, Suite 1300 Baltimore, MD 21202  
410-767-3660 / 800-637-4113  
*[www.mdod.maryland.gov](http://www.mdod.maryland.gov)*

*Maryland Health Connection*  
Casilla de correo 857 Lanham, MD 20703-0857 855-642-8572  
*[www.marylandhealthconnection.gov](http://www.marylandhealthconnection.gov)*

Administración de Seguros de Maryland  
200 St. Paul Place, Suite 2700 Baltimore, MD 21202  
410-468-2000 • 800-492-6116 800-735-2258 TTY  
*[www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)*

Centros de servicios de  
Medicare y Medicaid  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, MD 21244  
410-786-3000 / 877-267-2323 Centro de servicios de Medicare: 800-633-4227  
*[www.cms.gov](http://www.cms.gov)*

Programa de beneficios de salud para empleados  
federales, Oficina de Gestión de Personal a la atención  
de: Programas de seguros 1900 E. Street, NW  
Washington, DC 20415 202-606-1800 800-877-8339  
(TTY)  
*www.opm.gov*

Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service) 800-829-1040  
*www.irs.gov*

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado  
del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos 200  
Constitution Avenue, NW Washington, DC 20210  
866-444-EBSA (3272) 202-693-8700 (Oficina de distrito de MD)  
*www.dol.gov/ebsa*

Programa de asistencia para  
medicamentos recetados de la  
tercera edad (SPDAP, por sus siglas  
en inglés) 628 Hebron Avenue,  
Suite 100, Glastonbury, CT 06033  
800-551-5995 800-877-5156 (TTY)  
*www.marylandspdap.com*

# GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Facturación de saldos:** Cuando un proveedor que no se encuentra dentro de la red del plan cobra más de lo que su plan paga y le factura la diferencia además de la distribución de costos.

**Beneficios:** Los servicios de atención médica que están cubiertos por el plan de salud. Los documentos del plan definen los beneficios que están o no cubiertos.

**Reclamación:** Una solicitud para que el plan de salud pague por los servicios de atención médica. Usted o el proveedor de atención médica presentan la reclamación.

**Coseguro:** El porcentaje de los gastos que debe pagar por un servicio de atención médica cubierto (por ejemplo, el 20%) después de alcanzar el deducible.

Supongamos que el importe permitido por el plan para una consulta es de \$100 y el coseguro es del 20%.

- Si ha alcanzado el deducible: Usted paga el 20% de los \$100 o \$20. La aseguradora paga el resto.
- Si no ha alcanzado el deducible: Usted paga el importe permitido en su totalidad, \$100.

**Coordinación de beneficios:** Una forma de saber qué plan paga primero cuando hay dos o más planes de salud responsables de pagar la misma reclamación.

**Copagos:** Un importe fijo (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto después de alcanzar el deducible.

Supongamos que el importe permitido por el plan de salud por una consulta médica es de \$100. El copago por la consulta médica es de \$20.

- Si ha alcanzado el deducible: Usted paga \$20, generalmente al momento de la consulta.
- Si no ha alcanzado el deducible: Usted paga \$100, el importe total permitido para la consulta.

Los copagos (a veces llamados “co-pagos”) pueden variar dentro del mismo plan para los distintos servicios, como los medicamentos, las pruebas de laboratorio y las consultas a especialistas.

**Distribución de costos:** La distribución de los gastos de los servicios cubiertos que usted paga por cuenta propia. Generalmente, este término incluye los deducibles, el coseguro y los copagos. No incluye las primas, los importes de la facturación de saldos para los proveedores que están fuera de la red o los costos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan.

**Deducible:** El importe que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si tiene un deducible de \$2,000, pagará los primeros \$2,000 de los servicios cubiertos en un año del plan. Después de haber pagado \$2,000 de su propio dinero por los servicios cubiertos, por lo general, pagará únicamente un copago o un coseguro por los servicios cubiertos por el resto del año del plan. El plan paga el resto.

**Excepciones:** Los servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan de salud. Si recibe este tipo de servicios, usted debe pagar el total de los gastos.

**Red:** Las instituciones, los proveedores y las empresas con las que el plan de salud tiene un contrato para proporcionar servicios de atención médica.

**Período de inscripción abierta:** Un plazo (una vez al año) en el que cualquiera puede inscribirse o cambiar de plan de salud.

**Gastos por cuenta propia:** Los gastos de atención médica que el plan de salud no paga. Los gastos por cuenta propia incluyen los deducibles, el coseguro y los copagos por los servicios cubiertos, además de los costos de los servicios que el plan de salud no cubre.

**Máximo de gastos por cuenta propia:** El máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Luego de gastar este monto en deducibles, copagos y el coseguro, el plan de salud paga todos los costos de los servicios cubiertos.

El límite de gastos por cuenta propia no incluye las primas mensuales. Tampoco incluye los gastos por los servicios que no están cubiertos por el plan.

**Atención primaria:** Los servicios de salud que incluyen un rango de prevención y bienestar, así también como tratamientos para enfermedades comunes.

**Proveedores de atención primaria (PCP, en inglés):** Los profesionales de atención médica (médicos, enfermeros, enfermeros profesionales y auxiliares médicos) que gestionan su atención. A menudo, un PCP mantiene una relación a largo plazo con usted. Él/ella lo asesora y le brinda el tratamiento para una amplia variedad de problemas relacionados con la salud. Un PCP también coordina su atención con los especialistas.

**Autorización previa:** La aprobación del plan de salud para obtener un servicio o completar una receta. Si el plan requiere de una autorización previa y usted no la consigue, es posible que el plan no pague por ningún gasto.

**Acontecimiento habilitante:** Un cambio en su vida (por ejemplo, un casamiento o un cambio de trabajo) que lo habilita a inscribirse o a cambiar el plan de salud antes del próximo período de inscripción abierta.

**Referencia:** Una orden del proveedor de atención primaria para que usted consulte con un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Muchas Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) le exigen que consiga una referencia antes de que paguen por la atención médica de cualquier otro profesional que no sea su proveedor de atención primaria.

**Plan de salud autofinanciado:** Un tipo de plan en el que el empleador cobra las primas de los afiliados y paga por las reclamaciones médicas. Una gran cantidad de grandes empleadores lo utilizan. Los empleadores pueden realizar un contrato con un administrador externo para gestionar la inscripción, el proceso de reclamación y las redes de proveedores. O el empleador puede gestionar el plan por su propia cuenta.

**Período de inscripción especial:** Un plazo en el que puede inscribirse o cambiar el plan de salud debido a un acontecimiento habilitante.

**Administrador externo:** Una empresa que revisa y paga las reclamaciones de un plan de salud autofinanciado por el empleador. Muchos comparten el nombre comercial de una aseguradora.

**Atención de urgencia:** La atención de una enfermedad, lesión o condición que es tan grave que una persona razonable buscaría atención de manera inmediata, pero que no tan grave como para requerir la atención del servicio de emergencias.





Esta guía del consumidor debe utilizarse únicamente con fines educativos. No tiene como fin brindar asesoramiento legal u opiniones con respecto a la cobertura de una póliza de seguro o un contrato específico. Tampoco debe interpretarse como la promoción de cualquier producto, servicio, persona u organización que se menciona en esta guía. Tenga en cuenta que los términos de una póliza varían según cada aseguradora y que debe comunicarse con su aseguradora o productor de seguros (agente o corredor) para obtener más información.

Esta publicación fue producida por la Administración de seguros de Maryland (MIA, por sus siglas en inglés) para brindar a los consumidores información general sobre temas relacionados con los seguros o los programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material protegido por derechos de autor que ha sido utilizado con autorización del propietario de los derechos intelectuales. Esta publicación no autoriza el uso o la apropiación de este material sin el consentimiento del propietario.

Todas las publicaciones emitidas por la MIA están disponibles de forma gratuita en el sitio web de la MIA o bajo solicitud. Se puede reproducir esta publicación en su totalidad sin permiso de la MIA, siempre y cuando el texto y el formato no se vean alterados o modificados de ninguna forma y no se aplique ningún costo por la publicación o la duplicación de la misma. El nombre y la información de contacto de la MIA deben permanecer claramente visibles y no puede incluirse en la publicación ningún otro nombre, incluso el de la aseguradora o el productor de seguros que reproduce la publicación. No se permiten las reproducciones parciales sin autorización previa por escrito de la MIA.

**Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Las solicitudes deben presentarse por escrito ante el Jefe, Comunicaciones y Participación Pública en la dirección detallada a continuación.**



**Maryland**

**INSURANCE ADMINISTRATION**

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

410-468-2000

800-492-6116

800-735-2258 TTY

*[www.insurance.maryland.gov](http://www.insurance.maryland.gov)*

*[www.facebook.com/MdInsuranceAdmin](https://www.facebook.com/MdInsuranceAdmin)*

*[www.twitter.com/MD\\_Insurance](https://www.twitter.com/MD_Insurance)*

*[www.instagram.com/marylandinsuranceadmin](https://www.instagram.com/marylandinsuranceadmin)*