



Cómo utilizar su cobertura de seguro médico



Maryland Health Connection Calm in the Chaos (2024 Commercial - Spanish)

YouTube

Search



Calm in the Chaos (2024 Commercial - Spanish)

Maryland Health Connection
3.69K subscribers

Subscribe

1



Share



Download



Save



Cómo Usar Su Seguro Médico

Objetivos y Temas



Objetivo

1. Ampliar su conocimiento y comprensión sobre los seguros médicos.

Temas Claves sobre la Cobertura de Seguros Médicos:

- Principales beneficios y cómo utilizarlos
- Costos principales y cómo afectan su bolsillo
- Cómo obtener más información



Cómo Utilizar Su Cobertura



Confirme su Cobertura

Después de registrarse, haga el pago de su factura.

Es necesario pagar su primera **prima**, o pago mensual, de manera inmediata para que pueda empezar la cobertura.

Si no recibe la factura, llame a su compañía de seguros para hacer el pago.

Compañías de Seguro Médico

Aetna Health: 844-365-7373 (TTY: 711); aetnaCVShealth.com/payment

CareFirst: 855-444-3121;
member.carefirst.com

Kaiser Permanente: 844-524-7370;
kp.org/paypremium

UnitedHealthcare: 800-691-0021;
myuhc.com/exchanges

Encuentre un Médico

Para tener menores costos, visite a un **proveedor que se encuentre dentro de la red**, es decir, un médico, profesional de enfermería o personal de atención de salud con licencia que acepte su seguro médico.

Para saber si un proveedor está en la red:

1. Llame a la oficina de su proveedor para preguntar si acepta su seguro.
2. Verifique con su compañía de seguros.
3. O utilice [nuestra herramienta](#). Siempre es buena idea llamar a su proveedor y confirmar.

Consejo Importante para su Bolsillo:

Es posible que deba pagar más por proveedores que no están en la red y no son aceptados por su compañía de seguros.

Utilice Su Cobertura

Todos los planes de salud obtenidos a través de Maryland Health Connection ofrecen los mismos **beneficios principales**, y algunos tienen beneficios adicionales.

Los servicios preventivos, como los chequeos anuales de bienestar, vacunas y exámenes están cubiertos de forma gratuita, incluso si no ha alcanzado su deducible anual.

¡Sí, gratis! Porque sabemos que los chequeos regulares y los exámenes preventivos pueden ayudar a detectar problemas antes de que empeoren. Estudios muestran que las visitas regulares ayudan a vivir una vida más larga y saludable.



Beneficios Principales Cubiertos

- ✓ Atención preventiva
- ✓ Visitas al médico
- ✓ Hospitalización
- ✓ Atención de emergencia
- ✓ Embarazo y atención del recién nacido
- ✓ Atención pediátrica, que incluye beneficios dentales y de la vista
- ✓ Medicamentos con prescripción
- ✓ Pruebas de laboratorio
- ✓ Servicios de salud mental
- ✓ Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- ✓ ¡Y más! [Consulte todos los beneficios cubiertos](#)

Servicios Preventivos Gratuitos para Adultos

- Puede hacerse exámenes de: presión arterial, colesterol, depresión, diabetes, obesidad, infecciones de transmisión sexual, evaluación de tabaco/alcohol para todos los adultos
- Se ofrecen algunas sesiones de asesoramiento con los servicios preventivos, por ejemplo, para dejar de fumar
- Ciertas vacunas están cubiertas
- [Consulte la lista completa de servicios preventivos aquí](#)



Servicios Preventivos Gratuitos para Mujeres

- Visitas anuales de rutina para la mujer, están cubiertas en forma gratuita e incluyen un examen físico completo
- Pruebas, detección y asesoramiento de cáncer de mama y cervical
- Evaluación y asesoramiento de violencia doméstica e interpersonal
- Detección y asesoramiento por infecciones de transmisión sexual
- Servicios antes y durante el embarazo, que incluyen apoyo para la lactancia materna, cobertura anticonceptiva y más
- [Consulte la lista completa de servicios preventivos aquí](#)



Servicios Preventivos Gratuitos para Niños

- Visitas gratuitas de evaluación y rutina para bebés y niños
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años
- Evaluaciones de presión arterial, autismo, comportamiento, depresión y desarrollo para niños y adolescentes según su edad
- [Consulte la lista completa de servicios preventivos aquí](#)



Comprenda los Costos del Plan



Costos Principales

- 1. Prima:** Es la cantidad de dinero que paga mensualmente por el seguro médico.
Recibirá una factura mensual por su seguro, que corresponde al pago de su prima. Manténgase al día con sus pagos para no perder su cobertura.
- 1. Copago:** Es el monto que usted debe pagar en la visita al médico y que no está cubierto por el seguro.
Es una cantidad fija. Por ejemplo, una consulta por enfermedad puede tener un costo de \$15.



Costos Principales

1. **Coseguro** – Es la parte que le corresponde pagar de los costos de un servicio de atención médica cubierto, y se calcula como un porcentaje del monto permitido para el servicio.

Por ejemplo, es posible que deba pagar un 20% del valor total de una prueba médica. El resto es cubierto por su plan de salud.

1. **Deducible** – Es la cantidad que usted debe pagar por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro o plan comience a pagar.



Costos Principales

1. **Desembolso Máximo Anual:** es la cantidad máxima que usted puede llegar a pagar por servicios cubiertos en un año.

Por ejemplo: Tiene que alcanzar un deducible; y puede ser que tenga que pagar coseguros.

Estos pagos solo pueden llegar a una cierta cantidad cada año, que se conoce como el límite de desembolso máximo anual.

Costos Principales



Niveles Metal

- Los niveles de metal describen diferentes tipos de planes: Bronze, Silver, Gold y Platinum.
- En general, cuanto menor sea el pago mensual, mayores son los costos de su bolsillo.

Consejo para su Bolsillo:

Si cumple con los requisitos, puede ahorrar más a través de las [reducciones de costo compartido](#), que incluyen menos costos de bolsillo, como deducibles y copagos, si elige un plan Silver.

Niveles de Cobertura Porcentaje que paga el seguro	Prima Mensual	Gastos de su Bolsillo
Platinum 90% 		
Gold 80% 		
Silver 70% 		
Bronze 60% 		

Planes Value

Consejo Importante para su Bolsillo: Considere Elegir un Plan Value

- Los planes Value son planes de salud que ofrecen deducibles más bajos y una buena cobertura para una mayor cantidad de servicios de atención médica antes de que se alcance el deducible.
- Están diseñados para reducir el monto que deberá pagar en los servicios de atención médica que la mayoría de las personas utilizan con mayor frecuencia.
- Todos estos planes incluyen visitas a médicos y especialistas, medicamentos genéricos, atención de urgencia y más, antes de que usted cumpla con el deducible.
- Más [información sobre los Planes de Value](#)

Obtenga Más Información



Estamos aquí para ayudar

MarylandHealthConnection.gov/es: Pregúntele a Flora, nuestra asistente virtual, o hable con uno de nuestros expertos bilingües.

Centro de Llamadas: 1-855-642-8572

- Las personas con discapacidad auditiva cuentan con servicios de relevo.
- La ayuda está disponible en más de 200 idiomas.

Broker Connect: Ingrese a MarylandHealthConnection.gov/brokerconnect-form/ para obtener ayuda experta gratuita en un plazo de 30 minutos o menos.

Asistencia al Consumidor: Ayuda para inscribirse local, gratuita y en forma virtual o presencial

- ¡Ingrese a MarylandHealthConnection.gov/busque-ayuda/ para encontrar ayuda cerca de usted!

Resumen



Ponga a Prueba sus Conocimientos: ¡Examen Rápido!

Objetivo: Ampliar su conocimiento y comprensión sobre los seguros médicos.

Escriba en el Chat

- ¿Qué fue lo más importante que aprendió de esta presentación?
- ¿Cuál es un servicio preventivo que podría utilizar y que no sabía que estaba disponible?
- ¿Dónde puede obtener más información sobre su seguro médico?



Comuníquese con

Jenny.Garrison@maryland.gov

Gerente del Programa de Alcance Comunitario





¡Muchas Gracias!

Follow us on social media @MarylandConnect

Síguenos en nuestras redes sociales @MarylandConnect

Cómo utilizar su seguro médico, parte 2

Guadalupe Gomez, personal de alcance bilingüe
guadalupe.gomez@maryland.gov

Josue Pineda, personal de alcance bilingüe
josue.pineda@maryland.gov

Jannifer Argueta, especialista en seguros médicos
jannifer.argueta@maryland.gov



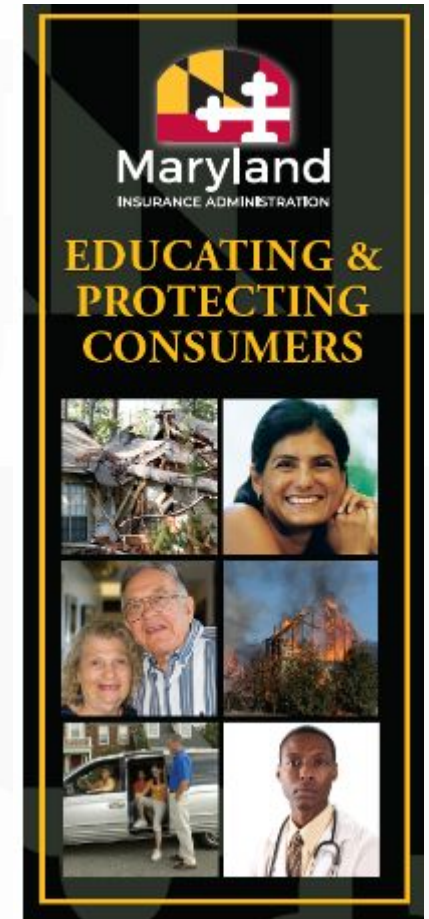
Esta presentación no brinda asesoramiento legal.
Debe discutir preguntas específicas con su asesor
financiero o productor de seguros de confianza.



¿Qué es la Administración de Seguros de Maryland?

La Administración de Seguros de Maryland (MIA) es la agencia estatal que regula los seguros en Maryland. La MIA:

- Otorga licencias a las aseguradoras y los productores de seguros (agentes o corredores).
- Examina las prácticas comerciales de los licenciarios para garantizar el cumplimiento.
- Supervisa la solvencia de las aseguradoras.
- Revisa y aprueba formularios de pólizas de seguro. Revisa las tarifas de seguros para asegurarse de que las tarifas no sean inadecuadas, excesivas o injustamente discriminatorias.
- Investiga quejas de consumidores y proveedores y acusaciones de fraude.



[MIA YouTube Playlist](#)



Tipos de reclamos que la Unidad de Vida y Salud y la Unidad de Apelaciones y Reclamos que la MIA puede revisar

En general, la Administración de Seguros de Maryland (MIA, en inglés) puede revisar los reclamos relacionados con planes de beneficios de salud entregados o emitidos en Maryland, incluidos los siguientes:

- denegaciones de reclamos por razones de necesidad médica;
- denegación total o parcial de un reclamo por otros motivos;
- apelaciones de la denegación de una compañía de seguro médico; u
- otras posibles violaciones de las leyes de seguros de Maryland.



Tipos de reclamos que la Unidad de Vida y Salud y la Unidad de Apelaciones y Reclamos que la MIA puede revisar

Las denegaciones pueden incluir lo siguiente:

- La denegación de un reclamo. En este caso, su compañía de seguro médico o la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) le ha negado el pago de un servicio o medicamento que se le proporcionó.
- La denegación de una autorización. Es decir, cuando un medicamento o tratamiento requiere una remisión o autorización previa de su proveedor, pero esta autorización ha sido denegada por su compañía de seguro médico o la HMO.

Tiene derecho a una denegación por escrito a menos que usted o su proveedor acepten un plan de atención alternativo.

Apelaciones y Reclamos

Si su proveedor de atención médica le dice que necesita un determinado servicio o medicamento (medicamente necesario), pero su compañía de seguro médico o la HMO deniega su reclamo, eso es una denegación de reclamo por razones de necesidad médica y usted tiene derecho a apelar esa decisión.

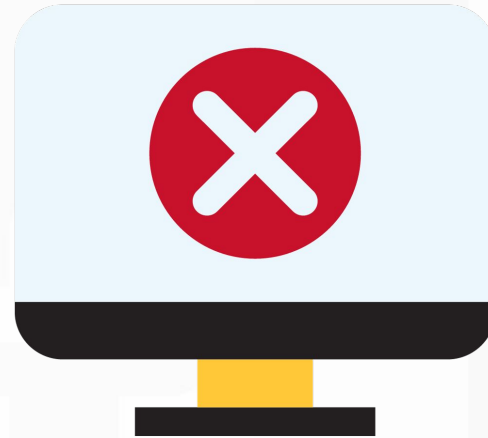
Por lo general, primero debe presentar un reclamo a la compañía antes de poder presentar un reclamo a la MIA. Sin embargo, en algunos casos, incluido, por ejemplo, cuando tiene un motivo lo suficientemente fuerte, puede presentar primero una queja ante la MIA.



Apelaciones y Reclamos

Además, usted puede apelar en los siguientes casos:

- si le han aprobado un nivel de atención inferior al que usted solicitó; o
- si cree que el proveedor de la red o autorizado está demasiado lejos o que la espera es demasiado larga; o
- si le han aprobado menos visitas de las que su proveedor cree que necesita.



Apelaciones y reclamos

- El proceso de apelación y reclamo comienza cuando una compañía de seguro médico toma una “decisión adversa”, que incluye una determinación de que un servicio de salud propuesto o prestado no es médicamente necesario, apropiado o eficiente.
- El miembro, su representante o el proveedor tratante en nombre del miembro tiene derecho a impugnar protestar contra esta decisión a través del proceso de revisión interna de la compañía.



Apelaciones y reclamos

- Cuando se presenta una protesta ante una compañía de seguro médico por una decisión adversa, se trata de una “queja”.
- Si la compañía de seguro médico vuelve a determinar que el servicio de atención médica propuesto o brindado no es médicamente necesario, el miembro, el representante del miembro o el proveedor tratante en nombre del miembro pueden solicitar a la Administración de Seguros de Maryland (MIA, en inglés) que revise la decisión de la compañía sobre la reclamación mediante la presentación de una “queja”.



Lo que el consumidor debe hacer para recibir asistencia de la MIA

Las quejas pueden presentarse en línea, por correo o por fax.

- Los formularios para presentar una queja están disponibles en nuestro sitio web.
 - <https://insurance.maryland.gov/Consumer/Documents/spanishlhcomplaint.pdf>

Envíe su reclamo queja por correo o fax a:

Administración de Seguros de Maryland

A la atención de: Investigación de queja del consumidor

Vida y Salud/Apelaciones y reclamaciones

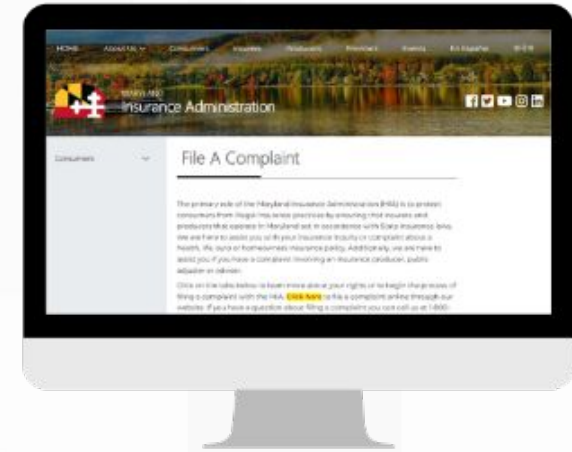
200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

Fax: 410-468-2260 (Vida y salud) o 410-468-2270 (Apelaciones y reclamos)

Lo que el consumidor debe hacer para recibir asistencia de la MIA

- Portal de reclamos quejas en línea (Actualmente solo esta disponible en ingles)
 - <https://enterprise.insurance.maryland.gov/consumer/ConsumerPortalWelcomePage.aspx>
- Si tiene una discapacidad y necesita presentar una queja por teléfono, puede llamar a la MIA al 410-468-2244.
- Se requiere el consentimiento firmado del paciente para presentar una queja de apelaciones y reclamos.



Disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para apelaciones de necesidad médica y apelaciones de emergencia



NECESIDAD MÉDICA Y APELACIONES DE EMERGENCIA

1-800-492-6116

insurance.maryland.gov

Lo que un consumidor debe esperar como parte del proceso de quejas de la MIA

- Debería recibir un aviso de recibo de la queja en unos días. El aviso de recibo debe incluir la información de contacto del investigador de la MIA.
- Puede llamar al investigador siempre que tenga preguntas.
- Las quejas por contratos de vida y salud pueden tardar entre 30 y 90 días en resolverse. Cuando la MIA escribe por primera vez a la compañía de seguros, la ley le concede 15 días hábiles para responder.
- Las investigaciones de apelaciones y reclamos concluyen en un plazo de 45 días, a menos que se conceda una extensión de 30 días adicionales.



Recursos adicionales: Vídeos

- Apelar una denegación de servicios Spanish
https://youtu.be/_EynA_jUv1Q?feature=shared
- Necesidad médica y apelaciones de emergencia
<https://youtu.be/xz9XWxOqpc8?feature=shared>
- Sus Derechos Cuando Su Seguro De Salud No Pagará Por Los Servicios De Atención Médica
<https://youtu.be/FVrV0de6T8w?feature=shared>
- Denegaciones de Servicios de Salud
<https://youtu.be/iiTJMOMooGY?feature=shared>



Recursos adicionales: Folletos


- Cómo funciona el proceso de apelaciones y quejas
<https://insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/AppealsAndGrievanceSpanish.aspx>
- Guía del consumidor para utilizar su plan de salud
<https://insurance.maryland.gov/En%20Espa%C3%B1ol/Documents/UsingYourHealthPlanGuideSpanish.pdf>
- Aviso al consumidor: Solicitud para ver a un proveedor fuera de la red
https://insurance.maryland.gov/Consumer/Documents/publicnew/Consumer-Advisory-Request-to-See-an-Out-Of-Network-Provider_ES.pdf
- Comprender la necesidad médica
https://insurance.maryland.gov/En%20Espa%C3%B1ol/Documents/HealthCareBills_UnderstandingMedicalNecessity_Spanish-v2.pdf

¿Tiene alguna pregunta?



Información de Contacto

Maryland Insurance Administration

 800-492-6116 | 410-468-2000 | 800-735-2258 (TTY)

 insurance.maryland.gov



[MDInsuranceAdmin](https://www.facebook.com/MDInsuranceAdmin)



[en Español: MDInsuranceAdminES](https://www.facebook.com/enEspañol:MDInsuranceAdminES)



[Maryland Insurance Administration](https://www.linkedin.com/company/Maryland Insurance Administration)



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



[MD_Insurance](https://twitter.com/MD_Insurance)



<https://bit.ly/mdmiayoutube>