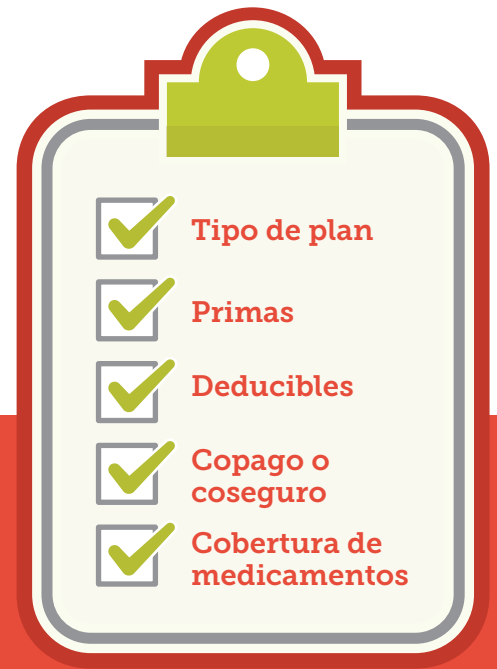




LO ESENCIAL DEL A.B.C.

5 Cosas Que Debe Tener en Cuenta al Escoger Su Seguro de Salud

Escoger un plan de seguro de salud puede sentirse como una tarea abrumadora. Aquí le proporcionamos cinco cosas que debe tener en mente al escoger un seguro de salud para usted y su familia. Para obtener más información sobre componentes de los planes, vea el Resumen de Beneficios y Cobertura (disponible en la aseguradora), llame a su aseguradora directamente, o visite el sitio web de la aseguradora.



1. Tipo de plan y red del proveedor

Los proveedores de cuidados de salud, los hospitales y las farmacias que usted prefiere, ¿están dentro de la red del plan?

Es importante recordar que los servicios y medicamentos dentro de la red están cubiertos bajo un plan, mientras que los servicios y medicamentos fuera de la red requieren costos fuera de su bolsillo adicionales o no están cubiertos. Es importante saber que todos los gastos fuera de su bolsillo para los servicios fuera de la red, no cuentan para el máximo de gastos fuera de su bolsillo, del plan. Verifique si su médico de cuidado primario o su especialista y la farmacia cercana a su casa están incluidos en la red del plan.

2. Primas

¿Cuánto pagará usted al mes por la cobertura?

Las primas son el monto que usted paga a una compañía de seguros, para tener cobertura, independientemente de si usted utiliza los servicios médicos y de farmacia. Tenga en cuenta que estos no son los únicos costos asociados con la cobertura. Las primas usualmente se pagan mes por mes y si usted deja de hacer un pago, corre el riesgo de perder su cobertura de salud.

3. Deducibles

¿Cuál es el monto que usted debe pagar de su propio bolsillo antes de que su seguro empiece a pagar?

Si su deducible es \$1,000, su plan de salud no pagará por la mayoría de los gastos hasta que usted haya alcanzado \$1,000 en gastos de su propio bolsillo. Los costos fuera de su bolsillo pueden incluir visitas al médico de cuidado primario o el especialista, tarifas de procedimientos y, en algunos casos, los medicamentos recetados. Los pacientes que escogen un plan con un deducible alto, en general pagan primas mensuales más bajas, mientras que los deducibles bajos conllevan primas mensuales más altas. Las aseguradoras cada vez más exigen

alcanzar un deducible, antes de cubrir servicios médicos o de farmacia. Asegúrese de verificar con su aseguradora, para saber si su plan tiene un deducible, o un deducible combinado, para servicios médicos y de farmacia, o si tiene un deducible separado, para los medicamentos recetados. De esta forma, usted puede saber qué tanto tendrá que pagar antes de que los medicamentos queden cubiertos.

4. Copago o coseguro

¿Está usted consciente de otros costos que puede ser necesario pagar para tener acceso al cuidado?

No olvide que puede que usted sea responsable del pago de gastos fuera de su bolsillo, aun después de haber alcanzado su deducible. Esto puede incluir un coseguro –un porcentaje de costos que debe pagar por un medicamento o servicio–, o copagos – tarifas fijas que debe pagar por los servicios o medicamentos cubiertos (usualmente listados al respaldo de su tarjeta de seguros).

5. Cobertura de medicamentos

¿Están cubiertos por su plan de salud los medicamentos recetados que usted toma regularmente?

Cada proveedor de seguros tiene un formulario o lista de medicamentos cubiertos por el plan. Si un medicamento no está incluido en la lista o formulario, puede no estar cubierto, y los pacientes tendrán que pasar por un proceso posiblemente largo para obtener la cobertura. La lista de medicamentos cubiertos también está dividida por niveles, lo cual determina qué tanto copago o coseguro debe usted pagar. Haga una lista de sus medicamentos y compárela con el formulario del plan, para asegurarse de que cubra sus medicamentos y para entender los costos fuera de su bolsillo que están asociados con sus medicamentos.