

La transición al servicio médico de adultos: el seguro médico

Una parte importante de la transición es entender el tema del seguro médico. Esto te ayudará a cubrir los gastos por tu atención médica y los medicamentos que te receten.

Ahora que pasarás al servicio de adultos, tu seguro podría cambiar. Haz lo siguiente:

- Pregunta a tu médico o facultativo cómo prepararte para los cambios.
- Llama para preguntar cuándo cambiará tu seguro.
- Pregunta cuáles son tus opciones.

La siguiente es una guía con la que podrás prepararte para dichos cambios. Encontrarás muchas palabras nuevas. Están en negritas y verás su definición en las páginas 2 y 3.

Costo
Los seguros tienen varias palabras para referirse a los pagos y a la atención médica. Es importante conocerlas y entender cuánto podrías tener que pagar. Preguntas que hacerte sobre el pago del seguro: • ¿De cuánto será la prima mensual (premium)? • ¿Hay que pagar un deducible antes de que tu seguro comience a cubrir los gastos? • Después de tú pagar el deducible, ¿cuánto pagará tu seguro? • ¿Cuánto tendrás que pagar de tu bolsillo (out of pocket) como máximo? • ¿Tendrás que pagar un copago (copay) cuando vayas a ver al médico? • ¿Cuánto tendrás que pagar por ver a un especialista? • ¿Qué diferencias hay entre un médico o especialista de atención médica que está dentro de la red (in-network) y uno que está fuera de la red (out-of-network)?
Servicios cubiertos (coverage)
Los servicios que el seguro te ayudará a pagar. Cada compañía de seguros cubre diferentes servicios. Preguntas que hacer sobre la cobertura: • ¿El seguro cubrirá los gastos de tu atención médica en particular? • ¿Tendrás que pagar por los medicamentos como parte del deducible (deductible), el coaseguro (co-insurance), o el pago de tu bolsillo (out-of-pocket maximum)? • ¿Tu seguro incluye servicios dentales y de la visión? • ¿Tu seguro incluye aparatos médicos (DME) como sillas de ruedas, andadores y muletas? • ¿Tiene el seguro algún límite sobre: ○ quien puede ser tu médico? ○ dónde puedes conseguir tus medicamentos? ○ cuántas veces podrás ver a tu médico de cabecera (PCP) al año? ○ el máximo de veces que te pueden surtir tus medicamentos?

Acceso a la atención médica

Estas son algunas cosas en las que debes pensar y sobre las cuáles debes preguntar cuando escojas a un médico, una farmacia y otras cosas relacionadas con tus necesidades médicas:

Preguntas que hacer sobre el acceso a la atención médica:

¿Los médicos que te atienden ahora están **dentro de la red** de tu seguro (**in-network**)?

¿Qué puedes hacer si no lo están?

¿Cómo puedes encontrar a un médico que esté **dentro de la red**?

¿Necesitas que tu **médico de cabecera (primary care doctor)** te dé una remisión para poder ver a un **especialista (specialty care doctor)**?

¿Qué hospitales cerca de ti están **dentro de la red** de tu seguro (**in-network**)?

¿Qué pasará si estás lejos de casa y debes ir a un hospital que esté **fuera de la red (out-of-network)**?

¿Tu seguro cubrirá los medicamentos que estás tomando?

Términos que debes conocer

Appeal (apelación): la acción que puedes tomar si no estás de acuerdo con una decisión tomada por tu seguro. La compañía de seguros revisará su decisión original basándose en cualquier información nueva que haya disponible.

Coverage (prestaciones y servicios cubiertos): los servicios y suministros por los que tu seguro pagará. Estos servicios y suministros varían dependiendo del seguro.

Co-Insurance (coaseguro): una vez que pagues el monto del deducible (definido a continuación), tú y el seguro compartirán cualquier gasto adicional. Los coaseguros varían dependiendo del seguro.

Co-Payment (copago): una cantidad fija que pagarás cuando vayas al médico o recibas algún suministro médico.

Deductible (deducible): monto que debes pagar por cualquier servicio médico antes de que tu seguro comience a pagar.

Excluded Services: (servicios no incluidos): servicios médicos que tu seguro no paga.

Explanation of Benefits (EOB) (explicación de las prestaciones): una lista de los cargos que te envía tu seguro después de que consultas a un médico o recibes un servicio médico. La lista incluye el tipo de servicio, la parte que pagó el seguro y la parte que debes tú pagar. Esto no es la factura (el bil).

Formulary (lista de medicamentos): lista de medicamentos que tu médico receta y que cubre tu seguro.

In-Network (dentro de la red): un médico o especialista de atención médica que tiene contrato, o trabaja, con tu seguro.

Out-of-Network (fuera de la red): un médico o especialista de atención médica que **no** tiene contrato, o no trabaja, con tu seguro. Tendrás que pagar más por que ellos te atiendan.

Out-of-Pocket Maximum (pago máximo de tu bolsillo): la cantidad máxima que tú tendrás que pagar (cada año) por los servicios médicos y medicamentos que recibas. Una vez que pagues esta cantidad tu seguro cubrirá todos los costos adicionales.

Preauthorization (autorización previa): cuando tu seguro te pide que consigas aprobación antes de recibir los servicios que necesitas.

Premium (prima): lo que tienes que pagar todos los meses al seguro.

Primary Care Doctor (médico de cabecera): el médico al que vas a ver cuando tienes un problema menor de salud. Es posible que el médico que mande a un especialista.

Specialty Care Doctor (especialista): el médico que trata problemas de salud específicos.

Fuente: <https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/downloads/c2c-roadmap.pdf>