



Conceptos básicos del seguro médico

Entienda cuándo puede inscribirse, de dónde puede obtener cobertura y los términos relacionados con la atención médica.

El seguro médico puede parecer otro idioma. Pero no necesita conocer todas las reglas para comenzar. Esta guía cubre los conceptos básicos que le ayudarán a entender la información del plan que tiene frente a usted.

¿Cuándo puedo inscribirme?

Inscripción abierta a través de su empleador

La mayoría de los empleadores tienen un período de inscripción abierta una vez al año. Su empleador o el departamento de Recursos Humanos establece las fechas y le informa cuándo puede inscribirse, cambiar de plan o agregar o eliminar dependientes. El período suele durar unas pocas semanas, así que tenga presente la fecha límite.

IMPORTANTE: Si se le pasa la fecha límite, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción, a menos que califique para un período de inscripción especial. Verifique si tendrá un período sin cobertura mientras espera que comience su nuevo seguro.

Períodos de inscripción especial

Ciertos cambios en su vida pueden permitirle inscribirse fuera del período anual de inscripción abierta, como:

- Perder otra cobertura de seguro médico
- Casarse
- Tener un bebé, adoptar o recibir a un menor en cuidado de crianza
- Ciertos cambios de domicilio
- Divorciarse o separarse legalmente si esto causa la pérdida de cobertura
- Cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de sus padres

Los plazos varían, así que actúe rápidamente. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener información sobre la cobertura a través de su empleo o visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener información sobre la cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

¿De dónde puede provenir la cobertura?

A través de su empleador

Es posible que su empleador pague parte de la prima. Consulte los requisitos de elegibilidad, el costo para cubrir a los dependientes y los planes que le ofrecen.

A través del empleador del cónyuge o pareja

Si reúne los requisitos para más de un plan de salud ofrecido por su trabajo, compare la prima, el deducible, la red de proveedores y otros costos antes de decidir.

Mercado de seguros de salud

Los planes individuales y familiares están disponibles a través de [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o del Mercado de Seguros Médicos de su estado. Según los ingresos y las circunstancias familiares, las ayudas económicas pueden reducir las primas u otros costos.

Programas gubernamentales

[Medicaid](#) y [CHIP](#) ofrecen cobertura gratuita o de bajo costo a personas y familias que cumplen con los requisitos; la elegibilidad varía según el estado. [Medicare](#) generalmente cubre a personas mayores de 65 años y a algunas personas más jóvenes que cumplen con los requisitos.

8 términos que vale la pena conocer

Prima	Lo que pagas para mantener la cobertura activa, normalmente cada mes o cada quincena.
Copago	Una cantidad fija que usted paga por un servicio cubierto, como por ejemplo 25 dólares por una consulta médica.
Gasto máximo de bolsillo	Es el monto máximo que usted paga en un año del plan por atención médica cubierta dentro de la red que cuenta para el límite. Las primas no cuentan.
Servicio cubierto	Un servicio incluido en tu plan. "Cubierto" no significa "gratis": es posible que aún debas pagar parte del costo.
Deducible	Lo que usted podría pagar por ciertos cuidados antes de que el plan comparta una mayor parte del costo. Algunos servicios pueden estar cubiertos antes, como los cuidados preventivos.
Coaseguro	El porcentaje de un costo cubierto que usted paga, como por ejemplo el 20%, generalmente después del deducible.
Dentro de la red	Proveedores y centros que tienen contrato con su plan. La atención dentro de la red suele ser menos costosa.
Plan del año	El período de 12 meses que su plan utiliza para realizar un seguimiento de los beneficios, los deducibles y los límites de gastos de bolsillo.



¿Confundido con otros términos relacionados con la atención médica?

Concierte una cita con un asesor de recursos de WorkLife; ellos pueden ayudarle a aclarar la terminología confusa del sector sanitario.

888.219.8993 | askthenavigator.org



Cómo pueden funcionar las piezas juntas

Un ejemplo sencillo puede facilitar mucho la comprensión del vocabulario.

Prima
\$100 por cheque de pago

Deducible
\$1,000

Atención primaria
Copago de \$25

Coaseguro
20% después del deducible*

Gasto máximo de bolsillo
\$4,000

Les presento a Jordan:

1. **Con cada pago:** Jordan paga la prima de \$100 independientemente de si utiliza o no los servicios de salud. Por lo general, las primas no se contabilizan para el deducible ni para el límite máximo de gastos de bolsillo.
2. **Una visita médica de rutina:** el plan de Jordan tiene un copago de \$25 para atención primaria antes del deducible. Él paga \$25 en el momento de la visita.
3. **Resonancia magnética:** La resonancia magnética está cubierta, dentro de la red de proveedores y sujeta al deducible. Si el costo es de \$600 y Jordan aún no ha pagado nada del deducible, Jordan paga \$600. Quedan \$400 del deducible. El coseguro no se aplica hasta que se haya alcanzado el deducible de \$1000.
4. **Una cirugía posterior:** El costo es de \$2,400. Jordan primero paga el deducible restante de \$400. Luego, se aplica un coseguro del 20% a los \$2,000 restantes, por lo que Jordan paga otros \$400. El total de Jordan por esta cirugía es de \$800.
5. **Alcanzar el límite máximo de gastos de bolsillo:** Si el gasto de Jordan en servicios dentro de la red que cuenta para el límite llega a \$4,000, el plan generalmente cubre el 100% de los servicios futuros cubiertos dentro de la red durante el resto del año del plan. Jordan continúa pagando primas mensuales.

*Este es un ejemplo didáctico, no una regla aplicable a todos los planes. Los deducibles, copagos y coseguros varían según el plan.

El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) es tu guía rápida.

Qué es: Un resumen estandarizado de un plan de salud que facilita la comparación de costos y cobertura.

Allí podrá encontrar: deducibles, límites de gastos de bolsillo, costos comunes de médicos y hospitales, cobertura de medicamentos recetados, información sobre la red de proveedores, límites o excepciones y ejemplos de escenarios de cobertura.

Dónde es posible que lo hayas visto: en tus materiales de inscripción abierta, portal de beneficios o documentación cuando te convertiste en elegible para la cobertura por primera vez.

¿No lo encuentras? Pídele una copia a Recursos Humanos, a tu equipo de beneficios o a tu compañía de seguros. Los planes del mercado también ofrecen resúmenes de beneficios y beneficios (SBC) mientras comparas planes.

[Consulta la información y los ejemplos oficiales de SBC.](#)

BUSQUE UN DOCUMENTO COMO ESTE

Resumen de beneficios y cobertura

Qué cubre este plan y cuánto pagas por los servicios cubiertos.

Deducible total	\$ __
Límite de gastos de bolsillo	\$ __
Atención primaria	\$ __
Especialista	\$ __
Sala de emergencia	\$ __
Recetas	\$ __

La disposición exacta puede variar, pero el título y las categorías deberían resultar familiares.

¿Ya tienes tu paquete de inscripción para el SBC o el formulario de inscripción abierta? Tráelo a un asesor.

Podemos ayudarle a comprender el significado de los términos de su plan, encontrar la información que necesita y preparar preguntas para el departamento de recursos humanos o su compañía de seguros.

888.219.8993 | askthenavigator.org

