

# Pon tus opciones de plan una al lado de la otra

Utilice el nombre exacto del plan y el tipo de red que aparecen en sus documentos de inscripción. Si alguna fila no le interesa, déjela en blanco y concéntrese en lo que sí le interesa.

| Qué comparar                                                                                                                                                                                | Plan 1<br>Nombre:<br>Tipo:   | Plan 2<br>Nombre:<br>Tipo:   | Plan 3<br>Nombre:<br>Tipo:   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Prima</b><br>Lo que sale de cada cheque de pago o lo que pagas mensualmente                                                                                                              | \$                           | \$                           | \$                           |
| <b>Prima anual estimada</b><br>Mensual x 12; semanal x 52; cada 2 semanas x 26; dos veces al mes x 24                                                                                       | \$                           | \$                           | \$                           |
| <b>Deducible</b><br>Cantidad que usted generalmente paga antes de que el plan comience a compartir una mayor parte de ciertos costos. Nota: individual / familiar.                          | \$ ____ / \$ ____            | \$ ____ / \$ ____            | \$ ____ / \$ ____            |
| <b>Gasto máximo de bolsillo</b><br>Lo máximo que pagas al año por la atención médica cubierta dentro de la red. Nota: individual/familiar.                                                  | \$ ____ / \$ ____            | \$ ____ / \$ ____            | \$ ____ / \$ ____            |
| <b>Total aproximado del año de mayor costo</b><br>Prima anual + límite máximo de gastos de bolsillo. Utilice el límite máximo individual o familiar según a quién esté cubriendo.           | \$                           | \$                           | \$                           |
| <b>Atención primaria / especialista</b><br>Escriba el copago (cantidad fija en dólares) o el coseguro (porcentaje) que se muestra para cada uno. Indique si se aplica primero el deducible. |                              |                              |                              |
| <b>Salud mental / terapia</b><br>Si es importante para usted, anote el costo de la visita y si se aplica el deducible.                                                                      |                              |                              |                              |
| <b>Atención de urgencias / sala de emergencias</b><br>Registre la cantidad o el porcentaje que se muestra para cada uno.                                                                    |                              |                              |                              |
| <b>Mis recetas habituales</b><br>¿Está cubierto? ¿Cuánto tendré que pagar? Consulte el formulario; fíjese en el nivel solo si el plan utiliza niveles.                                      | ¿Cubierto?<br>estimado: \$__ | ¿Cubierto?<br>estimado: \$__ | ¿Cubierto?<br>estimado: \$__ |
| <b>Mis proveedores</b><br>¿Está dentro de la red? Verifique el plan/red exacto, no solo el nombre de la compañía de seguros.                                                                | Sí / No /<br>No estoy seguro | Sí / No /<br>No estoy seguro | Sí / No /<br>No estoy seguro |
| <b>Remisión a un especialista</b><br>Sí / No / No estoy seguro. Confirme en los documentos del plan o con la aseguradora.                                                                   | Sí / No /<br>No estoy seguro | Sí / No /<br>No estoy seguro | Sí / No /<br>No estoy seguro |
| <b>Cuenta(s) de salud</b><br>HSA / FSA / HRA / Ninguno. Algunos empleadores pueden ofrecer más de un tipo.                                                                                  |                              |                              |                              |
| <b>Contribución del empleador a la cuenta de salud</b><br>Registre cualquier cantidad de dinero aportada por el empleador a una cuenta HSA, FSA o HRA.                                      | \$                           | \$                           | \$                           |
| <b>Notas que podrían cambiar cualquier decisión</b><br>Ejemplos: autorización previa, límites de terapia, hospital preferido, normas de cobertura familiar.                                 |                              |                              |                              |

**Una comprobación final útil:** ¿Qué plan le ofrece la mejor combinación de primas asequibles, costes manejables cuando utiliza la atención médica y acceso a los proveedores, medicamentos y servicios que prevé necesitar?