

HEALTH ACTION

Para Entender el Convenio de Su Seguro Médico

La clave para el entendimiento de su cobertura en el cuidado de salud es entender el acuerdo o contrato de su seguro médico. Este documento, llamado “Evidencia de Cobertura” (EOC) o “Descripción de Sumario del Plan” (SPD), explica sus beneficios para el cuidado de su salud, las limitaciones de su cobertura, los reglamentos y procedimientos de su plan, y sus responsabilidades monetarias. El EOC o SPD es el convenio o contrato obligatorio con su seguro médico.

CONSIGA UNA COPIA ACTUAL

Independientemente de si, el cuidado de su salud está cubierto por una póliza personal, o si lo recibe a través de su patrón, o a través de Medicare o Medi-Cal, el EOC or SPD debe haber sido incluido con su paquete informativo cuando se inscribió con su plan de salud.



Es importante saber si su EOC or SPD es un sumario o un contrato completo. Generalmente, esto queda establecido al comienzo del documento. Si usted compró una póliza individual, el documento que usted recibió debe ser su contrato completo. Si usted tiene cobertura a través de su empleo, su empleador tiene el contrato completo y su copia es probablemente un sumario.

Su EOC describirá los reglamentos o pólizas de su seguro médico. Además, debe de describir otras protecciones legales, especialmente si su cuidado de salud es a través de Medicare o

Medi-Cal. Si no encuentra su EOC o SPD, o si no está seguro que su copia está al corriente, pongase en contacto con su agente de aseguranza, su empleador, o su seguro médico para conseguir una copia actual.

LEA EL INDICE DE CONTENIDO

Establecido al comienzo de su EOC o SPD, está el Índice de Contenido el cual le da una buena idea de la información contenida en el documento. Lea su EOC para entender su cobertura de atención médica.



Si no entiende los terminos médicos usados en el EOC o si no encuentra los servicios que busca, pregúntele a su empleador, o agente de aseguranza, o llame al departamento de servicios al cliente (customer service department) de su plan de salud.

Las Definiciones

Debido a que su EOC o SPD contiene un vocabulario de palabras y términos legales que son desconocidos, el documento generalmente provee una lista de definiciones para ayudarle a entender su lectura. Identifique los términos que usted no entienda y pídale a su plan de salud que se los explique.

Información Básica Sobre Proveedores, Referencias y “Como” Usar el Plan.

Esta sección de su EOC o SPD debe describir:

- Los procedimientos para escoger un médico u obtener una referencia para un especialista;

HEALTH RIGHTS HOTLINE

ASISTENCIA INDEPENDIENTE PARA CONSUMIDORES DE CUIDADO DE SALUD

- Las reglas y costos con respeto a pagos por usar los servicios de médicos, hospitales u otros proveedores no incluidos por su plan de salud;
- Las reglas y costos por usar los servicios de médicos contratados por su plan de salud, pero excluidos en su grupo médico asignado;
- Cual procedimiento seguir para obtener servicios de un especialista, conseguir una opinión secundaria u obtener tratamiento de emergencia.

Provisiones Generales

Esta sección debe facilitarle toda la información necesaria con respeto a pagos por servicios, lo que es y no es cubierto, y lo que tiene que hacer si no está de acuerdo con cualquier decisión de su plan de salud. Esta sección también debe de describir la parte del costo de los servicios que usted paga y que procedimiento seguir si recibe una cuenta de un hospital o un médico.

Beneficios Y Cobertura

Esta sección de su EOC o SPD es muy importante y debe de enumerar exactamente cuales servicios y beneficios provee su plan de salud a sus miembros. También, debe de enumerar cuantas visitas médicas son cubiertas anualmente (por ejemplo, exámenes de visión o citas para servicios de salud mental).

La lista de servicios generalmente es organizada por títulos tales como:

- Servicios Profesionales (incluyendo médicos y otros proveedores del cuidado de salud)
- Servicios Preventivos (tal como exámenes físicos o ciertos análisis médicos)
- Servicios de Pacientes Externos (tal como terapia física, cuidado de salud mental o tratamiento en un centro de cuidado urgente)
- Servicios de Hospital
- Servicios de Emergencia



Busque en la sección de Beneficios y Cobertura si está preocupado por una condición médica específica (tal como embarazo) o para informarse acerca de la disponibilidad de ciertos tratamientos (tal como servicios de salud mental o tratamiento para el vicio de drogas) o para buscar cuales servicios preventivos son cubiertos.

Aún si parece que un servicio es cubierto, busque en la sección de “Exclusiones y Limitaciones” para informarse si el cuidado de salud es cubierto en todos los casos.

Exclusiones Y Limitaciones

Esta sección enumera y describe los servicios y equipo médico que están específicamente excluidos por su plan de salud. También describe los servicios que son limitados por su plan de salud. Busque los tratamientos de importancia para usted, pero tal vez excluidos (tal como acupuntura o tratamiento de infertilidad). También, en ésta sección debe de encontrar información acerca de como su plan maneja “condiciones pre-existentes” por las cuales usted recibió tratamiento antes de ingresar en el plan de salud. Puede que haya un período de espera antes de que su plan cubra servicios para una condición pre-existente.



Aún que el servicio o tratamiento que necesita aparente ser excluido, usted puede, a veces, recibir el servicio o tratamiento si es considerado “médicamente necesario”. Tiene que hacerle a su plan de salud, su grupo médico o a su empleador un caso del por qué el servicio o tratamiento debe ser cubierto. Su petición debe ser escrita y debe incluir los documentos médicos describiendo el por qué es “médicamente necesario” el tratamiento. Pídale asistencia y apoyo a su médico para su caso.

Co-Pagos, Deducibles, Co-Seguros, Pagos Máximos

Esta sección debe de describir su responsabilidad monetaria de compartir los costos con su plan de salud. Es posible que su co-pago, deducible y co-seguro sea enumerado separadamente o indicado al par con los servicios descritos. Algunas veces una hoja separada que se titula "Inventario de Pagos Compartidos" está incluida en el paquete que le entregaron. Revise estas cifras cuidadosamente. Entendiendo cuales son sus responsabilidades monetarias, usted puede evitar que lo sorprendan o la posibilidad de recibir una cuenta grande que usted no esperaba despues de recibir servicios médicos. Una vez que usted haya recibido los servicios, es difícil resolver las disputas sobre pagos. El alegar que usted no sabía cuales eran sus responsabilidades monetarias no es considerada una excusa válida por su plan de salud. En caso de duda, solicite una aclaración de su plan antes de que usted reciba servicios.



Un "co-pago" es la cantidad que paga cada vez que obtiene servicios. En muchos planes, el co-pago es fijo, tal como \$10 o \$15 por visita con un médico.

"Co-Seguro" es lo que usted debe después de que el plan de salud haya pagado la parte correspondiente a ellos. Un co-seguro típico es 10% o 20% de la suma total asignada por su plan de salud por los servicios recibidos. Casi todas las Organizaciones de Proveedores Preferibles (PPO) requieren que el miembro pague un porcentaje del costo por su cuidado de salud.

Un "deducible" es su responsabilidad monetaria pagada anualmente antes de que el plan de salud empiece a pagar por servicios que usted reciba. La mayoría de Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO) no tienen deducibles; la mayoría de PPO's sí los tienen. Un deducible típico es \$250 anualmente por individuo.

Muchos planes tienen límite en la cantidad máxima que usted debe pagar cada calendario anual. Esto se conoce como "Máximo de su Bolsillo". Cuando usted ya haya alcanzado la cantidad máxima, usted no debe pagar más por servicios cubiertos.

DONDE PUEDE OBTENER AYUDA O ACLARACION A SUS PREGUNTAS

Si usted recibe los beneficios de salud de su empleador, el administrador de beneficios o el departamento de recursos humanos pueden ayudarlo a entender sus beneficios tal como sus responsabilidades. Si su empleador no puede ayudarlo, pregunte si hay un agente de seguros quién pueda asistirle. Si usted no quiere preguntar a su empleador por reservas de privacidad, llame al departamento de servicios al cliente (customer service) que aparece en su EOC or SPD. Pídale que le expliquen lo que usted quiere saber con respeto a las pólizas específicas, beneficios o limitaciones.



No se detenga de hacer preguntas o pedir que le repitan la información hasta que usted la entienda.

Si usted está cubierto por Medicare, llame a su plan de salud o al Programa Para Aconsejar y Defender A Consumidores de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) al teléfono (800) 626-2200. HICAP es un grupo independiente que aboga por los consumidores y tiene consejeros para ayudarlo.

Si usted está cubierto por Medi-Cal, llame a su plan de salud o a MAXIMUS (Opciones del Cuidado de Salud) al teléfono (800) 430-4263. En particular, MAXIMUS se dedica a ayudar a los miembros de Medi-Cal que tienen problemas en registrarse o ser elegibles. Si usted vive en el Condado de Placer, llame a Managed Care Network al teléfono (800) 895-7479 para recibir asistencia en registrarse o ser elegible.

HEALTH Action

Para Entender el Convenio de Su Seguro Médico

Si usted paga su propio seguro de salud, llame al agente de seguros que le vendió la póliza, o directamente a la oficina de su plan de salud, y pídeles que le ayuden a entender lo que está o no está cubierto por su contrato.



Si necesita interprete porque no habla inglés o tiene deficiencias auditivas, pídale a un amigo que le ayude con la llamada telefónica o dígame a la persona que representa su plan que usted necesita ayuda especial debido a su problema.

LLAME A HEALTH RIGHTS HOTLINE

Debido a que la cobertura bajo un plan de salud puede ser complicada, HEALTH RIGHTS HOTLINE ha sido establecido para asistir a los consumidores. HEALTH RIGHTS HOTLINE es un servicio totalmente independiente, no lucrativo, que provee información y asistencia a los consumidores. Tenemos consejeros entrenados a dar respuestas a sus preguntas sobre sus derechos y le pueden proveer ayuda en resolver problemas con su grupo médico o plan de salud. Si necesita asistencia, llámenos.



HEALTH RIGHTS HOTLINE

ASISTENCIA INDEPENDIENTE PARA CONSUMIDORES DE CUIDADO DE SALUD

519- 12TH STREET, SACRAMENTO, CA 95814

SACRAMENTO: (916) 551-2100 • LINEA GRATUITA: (888) 354-4474 • TDD: (916) 551-2180 • FAX: (916) 551-2158

Visite nuestro WEBSITE: www.hrh.org

Sirviendo en los condados El Dorado, Placer, Sacramento y Yolo
El permiso de reproducción es otorgado siempre que el credito se dé a Health Rights Hotline. Para distribución gratuita solamente.