



Su Guía Para el Seguro de Salud: **Qué Significan las Palabras Comunes**

El seguro de salud lo protege de los altos costos de las facturas médicas. Con el seguro, no necesita preocuparse por pagar la atención médica cuando la necesite.



Redes de Proveedores

Algunos planes de seguro tendrán una lista de proveedores de atención médica y hospitales entre los que podrá elegir. Esto se llama la red de proveedores.

Los proveedores de atención médica en la red de proveedores se denominan proveedores dentro de la red. Si acude a proveedores dentro de la red, solo deberá pagar el copago y el coseguro de su propio bolsillo.

Los proveedores de atención médica que no están en la red de proveedores de su plan se denominan proveedores fuera de la red. Si visita a un proveedor de atención médica fuera de la red, es posible que su seguro pague algo, pero será más costoso para usted.

Planes de Seguro de Salud

Hay diferentes tipos de planes de seguro de salud:

- **Las organizaciones para el mantenimiento de la salud** (Health Maintenance Organization; HMO, por sus siglas en inglés) son planes que solo le permiten ver proveedores dentro de la red. Una HMO por lo general le pide que obtenga una referencia (derivación, remisión) de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para ver a un tipo diferente de proveedor (llamado especialista). Los especialistas son expertos en la atención de personas con afecciones específicas, como enfermedades cardíacas, trastornos cerebrales y cáncer.
- **Las organizaciones de proveedores preferidos** (PPO, por siglas en inglés) son planes que le permiten ver proveedores que están dentro o fuera de la red.
- **Los planes de indemnización** son planes en los que usted paga parte de los costos de la atención médica. Su seguro paga el resto. Estos planes también se denominan pago por servicio.
- **Medicaid** es un programa público y gratuito para personas que ganan menos de cierta cantidad de dinero.

-Los planes de Medicaid pueden ser Medicaid directo (también llamado Medicaid de tarifa por servicio). O pueden ser un plan de atención administrada (MCP) para brindarle atención a bajo costo.



Recetas

Una receta es una orden escrita o electrónica de su proveedor de atención médica. La orden le dice a su farmacéutico que le proporcione medicamentos específicos. Su plan de seguros no cubrirá todos los medicamentos. Consulte con su seguro o pregunte en su farmacia qué medicamentos están cubiertos..

Un **formulario** es una lista de medicamentos que su plan de seguro pagará. Estos también se denominan **medicamentos preferidos**.

Es posible que escuche que los medicamentos se describen en 2 formas.

- **Los medicamentos genéricos** tienen exactamente el mismo ingrediente activo, dosis, instrucciones y concentración que los medicamentos de marca. Pero no tienen el nombre de una marca. Los medicamentos genéricos reciben el nombre de su ingrediente activo.
 - **Ibuprofeno** es el nombre genérico de Advil
- **Los medicamentos de marca** son iguales a los medicamentos genéricos. Cuestan más porque tienen el nombre de una marca.
 - **Advil** es el nombre de marca del ibuprofeno



Lo que paga por un medicamento depende de su nivel en el formulario:

Los medicamentos del **nivel 1** son medicamentos genéricos y, por lo general, son los más baratos para usted.

Los medicamentos del **nivel 2** son medicamentos de marca. Por lo general, se le administran cuando el genérico no está disponible.

Los medicamentos del **nivel 3** no están en el formulario. Su plan de seguro solo los cubrirá si un proveedor de atención médica dice que los necesita.

Si cree que le cobraron por algo que su plan de seguro debería pagar, llame al consultorio de su proveedor. Pida una explicación. Si después de hablar con ellos sigue pensando que su plan de seguro debería pagar, llame al número de **servicios para miembros** que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro para presentar una queja. **Apelación** es otra palabra que se puede usar para esto y que significa **queja**. El servicio para miembros puede pedirle que confirme alguna información. Esto incluye su nombre, fecha de nacimiento y el número de identificación en su tarjeta de seguro.

Hay algunas palabras importantes que debe saber que lo pueden ayudar a comprender mejor los seguros. Aquí hay una lista de las palabras y su significado.

Una prima es lo que le paga a su compañía de seguros todos los meses para comprar el seguro.

Un deducible es lo que debe pagar antes de que su plan de seguro comience a pagar los servicios de atención médica.

Un copago es lo que usted paga por su cuenta en cada consulta médica.

El coseguro es cuando su plan de seguro paga una parte de su factura médica y usted paga la otra parte.

Un desembolso máximo es la cantidad más alta que tendrá que pagar usted mismo por los servicios de salud.

Un límite anual o de por vida es la cantidad más alta que pagará su plan de seguro (cada año o durante su vida).

El costo compartido es cuando su plan de seguro no cubre la totalidad de la factura médica. Usted paga por la parte que no cubre.

La autorización previa es cuando su plan de seguro acepta pagar un medicamento o tratamiento. Usted o su proveedor de atención médica deben llamar al plan para solicitar una autorización previa, según sus necesidades médicas.

Una explicación de beneficios (EOB, por siglas en inglés) es un formulario que le dice cuánto pagó su plan de seguro por su consulta médica. Si también debe pagar una cantidad, la EOB le dirá cuánto debe.

Para preguntas acerca de su plan de seguro NYSOH o su salud:

Por favor llame a su navegador IHCD,

(Nombre del navegador)

al

(número de teléfono)



Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

Immigrant Health and Cancer Disparities Service
Towards Equity in Health