Términos del seguro médico

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

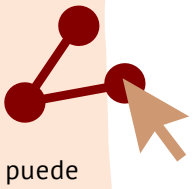
Un plan de HMO podrá tener menos opciones de proveedores. Si ve a un proveedor que no es parte de su HMO, espera pagar toda la cuenta médica a menos que sea una emergencia.

Los planes de Medicaid/BadgerCare Plus son HMOs.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Con un plan de PPO, su aseguradora puede pagar una porción de su cuenta si visita a un doctor o una especialista fuera de la red del plan. Para hacerlo, no necesitará ninguna derivación de su médico de cabecera, pero podría pagar más. Para mantener los costos bajos, trate de ver proveedores en su red de servicio. Llame a los servicios del afiliado para aprender quién está en su red.

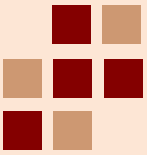
Punto de servicio (POS)



Con un plan de POS, no puede recibir atención de algún especialista sin una derivación de su médico de cabecera. Probablemente tendrá más opciones sobre quién puede atenderlo que con un plan de HMO. Sus costos médicos podrían estar más altos si elige un proveedor de cuidado médico fuera de su red.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Un plan de cuidado médico con primas más bajas que lo normal, pero deducibles más altos y límites en los gastos que paga de su propio bolsillo. Limites en los gastos de su propio bolsillo significa que paga más antes de que su seguro médico paga su porción. Estos planes de atención médica pueden ser bastante buenos para la gente joven y saludable que no anticipa altos costos de atención médica.



Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Una cuenta de ahorros para la salud le permite reservar dinero para gastos médicos en el futuro antes de pagar impuestos. Lo que reserva ayuda a reducir los impuestos debidos, y si usa el dinero para gastos médicos cualificados, los retiros de estas cuentas estarán libres de impuestos.

Una HSA es distinta de una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), la cual alguien podría tener a través de su empleador. Los fondos no usados en una HSA permanecen en su cuenta hasta que los necesite, mientras que los fondos de una FSA se deben agotar antes que se acabe el año del plan ya que no tienden a pasarse al siguiente año.

Servicios del afiliado

Se encuentra este número telefónico en su tarjeta de seguro médico o el sitio web de la aseguradora. Es el número al que llama cuando tiene preguntas sobre la cobertura de su plan de seguro, costos, para solicitar una derivación, cuáles doctores se encuentran en su red, cuáles medicamentos se cubren, etc.

Red

Con quien trabaja su seguro médico para brindar servicios. Puede ser hospitales, doctores y suministradores. Generalmente es más rentable (menos costo para usted) ver a un proveedor que se encuentra **“dentro de la red”** en vez de **“fuera de la red”**.

Primas



Las primas son las que pagará a la compañía de seguro médico para seguir con cobertura. La mayoría de las primas son pagadas cada mes, pero a veces son pagadas en una frecuencia trimestralmente o anualmente. Los planes de Medicaid/BadgerCare Plus generalmente no requieren una prima. Hay créditos de los impuestos que puede recibir para compensar las primas. Estos pueden ser comprados del Mercado de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Si obtiene cobertura del seguro médico del trabajo, su empleador pagará parte de su prima.

Deducible

El costo anual para sus servicios de salud antes de su compañía de seguro médico paga. Por ejemplo, puede tener un deducible de $2,000. En este caso, puede ser que su compañía de seguro médico no paga hasta que usted haya pagado por lo menos $2,000 para su cuidado médico en un año del plan. Los planes de Medicaid generalmente no tienen ningún deducible a menos que sea situaciones especiales.

Consejo profesional: Frecuentemente los planes cubren el costo de algunas cosas antes de que se haya satisfecho su deducible. Comuníquese con los servicios del afiliado para obtener los detalles de su plan.

Copago

Su copago es la cantidad que debe cada vez que reciba servicios médicos. Los copagos dependen del tipo de servicio que recibe. Ejemplos pueden ser visitar a su médico de cabecera o realizarse análisis de sangre.

Consejo profesional: En la mayoría de los casos, no puede usar los copagos hacia su deducible. Este varia de un plan de seguro médico a otro. Consulte a los servicios del afiliado de su plan.

Co-seguro

Después de que haya cumplido con su deducible del año, puede ser que todavía sea responsable por una porción de los costos de su atención médica. Este porcentaje que es la cantidad que es su responsabilidad es su co-seguro. Por ejemplo, podría cumplir su deducible en abril. Después, su co-seguro será el 25%. Si le cobran a su aseguradora $100 por algún servicio en mayo, el seguro pagará $75 y usted será responsable para $25.

Desembolso máximo

El máximo pagado por el asegurador es el máximo que tendrá que pagar hacia sus costos médicos durante un año del plan. Por ejemplo, su máxima cantidad puede ser $3,000. Una vez que haya pagado esta cantidad, su aseguradora pagará todo costo médico restante (tomando en cuenta que sean medicamente necesarios). Estos gastos incluyen el deducible, copagos y co-seguro. Las primas no se incluyen.

Consejo profesional: Los costos pueden variar entre los proveedores dentro y fuera de la red. Es posible que su compañía de seguro médico no incluya proveedores fuera de la red en su desembolso máximo. Su plan podría tener máximos diferentes depende en el tipo de proveedor. Consulte a los servicios del afiliado de su plan.

Su prima es la cantidad **que paga cada mes** para su plan de seguro.

Al comienzo del año, **paga** por la mayoría de su atención médica hasta que haya satisfecho su deducible.

Una vez que haya satisfecho la cantidad de su deducible, **compartirá el costo** de su atención con su compañía de seguro médico.

Una vez que haya satisfecho la cantidad de su desembolso máximo, **su plan de salud paga por todos** sus servicios cubiertos durante el resto del año.



prima | deducible | co-seguro | desembolso máximo

knowyourplan.org