

Guía para adquirir seguro de salud



Use esta guía para ayudarle a elegir un plan de seguro de salud a través de Massachusetts Health Connector.



Paso 1: Averigüe para cuáles planes es elegible

Primero, usted debe saber cuáles planes están disponibles para usted. Si presentó su solicitud por internet, podrá ver las opciones de planes después de completar su solicitud y hacer clic en **Find a Plan (Buscar un plan)**. Si presentó su solicitud por escrito o por teléfono, usted puede buscar planes disponibles en su área visitando **MAhealthconnector.org** y haciendo clic en **Browse Plans (Buscar planes)** que se encuentra en la mitad de la página principal. Usted también puede llamar a Servicio al cliente.



Paso 2: Compare costos

El costo total de su cobertura incluirá los pagos de sus cuotas mensuales y los costos que debe pagar de su bolsillo. En general, cuanto más baja sea la cuota mensual, más altos serán los costos que debe pagar de su bolsillo cuando reciba los servicios cubiertos. Usted puede encontrar una lista de beneficios, incluida en todos los planes de Health Connector, en la página 4.

Nuestros planes están organizados por categorías (niveles) de color metálico para hacer más fácil la comparación entre las cuotas de los planes y los costos que debe pagar de su bolsillo. Infórmese más sobre los niveles de categorías metálicas en la página 5.

Use nuestra hoja de trabajo en la página 3 para saber cuáles podrían ser los costos que debe pagar de su bolsillo, basándose en los servicios de salud que usted cree que necesitará durante el año del plan.



Paso 3: Averigüe si los proveedores que usted quiere están en la red de un plan

Una vez que haya reducido sus opciones de planes de salud, verifique que los proveedores que usted quiere usar para su cuidado (como médicos, hospitales o centros de salud) estén en esas redes de proveedores de los planes. Usted puede usar la herramienta en **PlanFinder.MAhealthconnector.org** para ver cuáles planes tienen los proveedores que usted quiere. Infórmese más sobre las redes de proveedores en la página 6.



Paso 4: ¡Elija su nuevo plan e inscríbese!

Después de informarse sobre los costos de un plan y verificar si los proveedores que usted quiere están en la red de ese plan, usted debe completar su inscripción. Puede inscribirse por internet en **MAhealthconnector.org**, o llamar a Servicio al cliente para inscribirse por teléfono. Después de elegir un plan, debe pagar su primera cuota para completar la inscripción. La fecha límite de los pagos siempre es **el día 23** del mes anterior a que comience la cobertura.

Preguntas para ayudarle a comenzar

Antes de comprar su seguro de salud, responda las preguntas que aparecen abajo. Sus respuestas le ayudarán a decidir cuáles planes de salud son mejores para usted y su familia. Sus respuestas también le ayudarán a saber cuáles podrían ser los costos que podría pagar de su bolsillo para ese año.

- 1.** Piense con qué frecuencia usted y cualquier persona en su plan tiene acceso a **servicios de cuidado de salud**. Los servicios de cuidado de salud incluyen ir al médico o tener una operación. Anote abajo cuántas veces al año usted espera:

Ir a su Proveedor de cuidado personal (PCP) _____

Visitar un especialista _____

Tener exámenes como exámenes de sangre o imágenes por resonancia magnética (MRIs), como parte del control de una enfermedad crónica. _____

Tener una cirugía planeada, un nacimiento u otro procedimiento _____

Si usted recibe servicios de cuidado de salud con frecuencia, podría desear elegir un plan con una cuota mensual más alta, pero con costos más bajos de su bolsillo.

- 2.** ¿Usted y cualquier persona en su plan, debe tomar con regularidad **medicamentos de receta**? En ese caso, escriba para cada medicamento:

Nombre exacto del **medicamento 1** _____

El número de pastillas o la dosis que usted tiene que surtir en la farmacia por mes _____

Nombre exacto del **medicamento 2** _____

El número de pastillas o la dosis que usted tiene que surtir en la farmacia por mes _____

Nombre exacto del **medicamento 3** _____

El número de pastillas o la dosis que usted tiene que surtir en la farmacia por mes _____

Nombre exacto del **medicamento 4** _____

El número de pastillas o la dosis que usted tiene que surtir en la farmacia por mes _____

Antes de inscribirse en un plan, verifique que el plan cubra todos sus medicamentos.

- 3.** ¿Hay **médicos o especialistas** a los que usted o alguien en su plan desearía ver en las citas? En ese caso, escriba una lista de esos médicos aquí.

- 4.** ¿Tiene un **hospital o un centro de salud** al que usted o alguien en su plan desea ir si necesita cuidado de salud? En ese caso, ¿cuál es el nombre del hospital o el centro de salud?

Antes de inscribirse en un plan, verifique que los proveedores (como médicos y hospitales) que usted quiere estén en la red del plan.



Use el resto de esta guía para ayudarle a comprar y elegir el plan de salud adecuado para usted y su familia.

Compare sus opciones

Use este cuadro para comparar hasta tres planes.

Use el resto de esta guía para responder las preguntas que tenga mientras está llenando el cuadro.

Para llenar el cuadro, necesitará mirar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) de cada plan. Puede encontrar los resúmenes en los sitios web de los planes y también en **MAhealthconnector.org** en la página **Plan Information (información del plan)** de la sección **Learn (aprenda que)** del sitio web.

Usted también necesita saber si sus proveedores trabajan con esos planes. Usted puede averiguarlo usando la herramienta en

PlanFinder.MAhealthconnector.org.

También puede chequear el sitio web de la compañía de seguros o llamarlos directamente.

- ▶ Para ayudarle a calcular los costos de su bolsillo para el año con diferentes planes, usted puede multiplicar los copagos que anote abajo para cada plan por el número de visitas o medicamentos que anotó en la página 2.

	Plan A	Plan B	Plan C
Nombre del plan			
Cuota mensual			
¿Los proveedores y hospitales que quiere están dentro de la red del plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad del deducible			
Cantidad máxima que debe pagar de su bolsillo (MOOP)			
¿La cobertura de seguro dental está incluida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay un coseguro por servicios que usted necesite?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si dijo "Sí" arriba, ¿cuánto es el coseguro? 			
¿Cuánto son los copagos para las visitas a un Proveedor de cuidado personal (PCP)?			
¿Cuánto son los copagos para visitar especialistas?			
¿Los medicamentos de receta que usted toma están cubiertos por este plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si dijo que "Sí", ¿cuánto es el copago para los medicamentos de receta que necesita? 			

Respuestas para ayudarle a elegir un plan

Estas preguntas frecuentes pueden ayudarle a entender los diferentes planes y costos y le pueden ayudar a decidir cuál plan es más adecuado para usted.

1. ¿Qué beneficios cubren los planes de salud?

Todos los planes de salud que usted puede elegir a través de Health Connector ofrecen estos **beneficios de salud**:

- **Cuidado ambulatorio** – Tratamiento que usted obtiene sin ser admitido a un hospital
- **Cuidado como paciente interno** – Tratamiento que usted recibe en el hospital
- **Tratamiento en una sala de emergencia**
- **Cuidado prenatal y postnatal** – Cuidado antes y después de que nazca su bebé
- **Servicios de salud mental y por uso de sustancias** – Esto incluye tratamiento de salud del comportamiento, asesoría y psicoterapia
- **Medicamentos de receta**
- **Servicios y elementos que le ayuden a recuperarse si usted tiene una lesión, una discapacidad o una enfermedad crónica** – Esto incluye terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje, rehabilitación psiquiátrica y otros más
- **Pruebas de laboratorio**, como exámenes de sangre o pruebas de Papanicolaou
- **Servicios preventivos** – Servicios para ayudarle a mantenerse sano, como asesoría, chequeos, vacunas y exámenes de la vista de rutina
- **Servicios pediátricos** – Servicios para niños, incluyendo cuidado de la vista

2. ¿En qué se diferencian los planes de salud?

Las diferencias entre los planes incluyen:

- Cuál compañía de seguros de salud ofrece el plan
- Redes de proveedores (médicos, hospitales y otros proveedores en el plan)
- Costos, incluyendo la cuota mensual y los costos que debe pagar de su bolsillo como los copagos y el deducible

En la sección **Preguntas para ayudarle a comenzar**, usted escribió los nombres de los médicos y hospitales que quiere en el plan que eligió. Antes de inscribirse en un plan, visite PlanFinder.MAhealthconnector.org. Use la herramienta para encontrar un proveedor por internet, para verificar que los proveedores que usted quiere estén en la red del plan. O usted puede llamar

directamente a la compañía de seguros. También puede ir al sitio web del plan y hacer una "búsqueda de proveedores" (provider search).

Cuando busque o llame a una compañía de seguros para preguntar sobre un proveedor, asegúrese de darles el nombre completo del plan. Por ejemplo, diga: "Fallon Health Select Care Platinum A" y no solamente "Fallon Health".

Si usted tiene una receta médica y no sabe si el plan cubrirá el medicamento, debe llamar a la compañía de seguros para averiguarlo.

3. ¿Qué clases de costos tienen los planes de salud?

En los planes de salud hay cinco clases de costos:

- **Cuota:** Este es el costo que usted paga por mes, ya sea que use o no los cuidados de servicio de salud. Usted le pagará su factura de la cuota mensual a Health Connector. La cuota siempre se debe pagar a más tardar el día 23 del mes.
- **Deducible:** Este es el costo total que usted debe pagar en un año antes de que su plan pague por parte o por todos sus servicios.
- **Copago:** Este es el costo que usted paga en el momento de recibir ciertos servicios de cuidado de salud. Generalmente, usted comienza a pagar copagos después de alcanzar su deducible.
- **Coseguro:** Si un servicio de cuidado de salud tiene coseguro, usted paga un porcentaje (parte) del costo de ese servicio. Generalmente, usted comienza a pagar un coseguro después de alcanzar su deducible. Este no es un costo fijo como un copago. La cantidad depende del costo total del servicio.
- **Costo máximo que debe pagar de su bolsillo (MOOP):** Es la mayor cantidad que usted paga en un año por los servicios de cuidado de salud. Una vez que haya pagado esta cantidad, su plan paga por todos sus servicios cubiertos por el resto del año.



Respuestas para ayudarle a elegir un plan (continuación)

4. ¿Cuál es la diferencia entre los planes de salud de categoría Platinum, Gold, Silver y Bronze?

Los planes de Health Connector están en categorías (niveles) con nombres de metales. Las categorías metálicas son Platinum, Gold, Silver y Bronze. Las categorías facilitan comparar los planes.

Así funcionan:

- Los planes **Platinum** y **Gold** tienen las cuotas más altas (costo mensual), pero los costos más bajos (deducibles y copagos) cuando usted recibe servicios de cuidado de salud.
- Los planes **Silver** tienen cuotas más bajas, pero costos más altos cuando usted recibe servicios de cuidado de salud.
- Los planes **Bronze** tienen las cuotas más bajas, pero los costos más altos cuando usted recibe servicios de cuidado de salud.

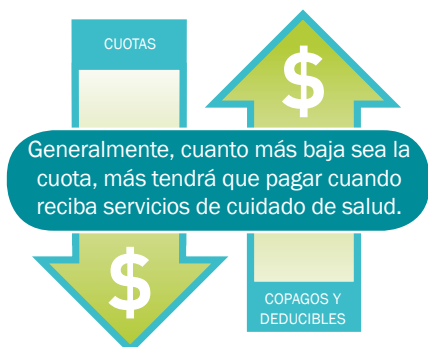
5. ¿Qué es la cobertura catastrófica?

Los planes para casos catastróficos están disponibles solamente para ciertas personas. Para ser elegible, usted debe tener menos de 30 años o tener una exención elegible del gobierno federal por dificultad. Los planes catastróficos solamente cubren un evento de salud grave. Tienen deducibles muy altos y usted debe pagar por casi todo su cuidado de salud hasta alcanzar el deducible. Si se inscribe en un plan catastrófico, usted no podrá obtener ayuda para pagar por su cobertura, aunque fuese elegible para recibirla en otras circunstancias.

6. ¿Cuál categoría metálica (Platinum, Gold, Silver o Bronze) debo elegir?

Para elegir una categoría, piense con qué frecuencia usa servicios de cuidado de salud. Es posible que usted desee pagar menos por mes y pagar más cuando reciba el cuidado. O es posible que desee pagar más por mes y pagar menos cuando reciba cuidado de salud.

Un plan **Platinum** o **Gold** podría ser el mejor para usted, si usted:



- Usa una gran cantidad de servicios de cuidado de salud (como ir al doctor, obtener surtidos de medicamentos de receta o tener una operación).
- Prefiere pagar una cuota más alta por mes para pagar menos en copagos y coseguro cuando use los servicios de cuidado de salud.

Un plan **Silver** sería el mejor para usted, si:

- Usa algunos servicios de cuidado de salud y no desea pagar costos muy altos de su bolsillo cuando reciba cuidado de salud.

Un plan **Bronze** sería el mejor para usted, si usted:

- No usa muchos servicios de cuidado de salud, excepto para cuidado preventivo.
- Prefiere pagar menos por su cuota mensual y pagar más cuando use los servicios de cuidado de salud.
- Puede pagar un deducible y costos de su bolsillo altos, si necesita cuidado de salud.

7. ¿Qué es una Cuenta de ahorros para la salud (HSA)?

Una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una manera de guardar dinero antes de pagar los impuestos, con el fin de usarlo para cubrir ciertos costos médicos. Unos cuantos planes disponibles a través de Health Connector son "compatibles con una cuenta HSA". Esto significa que usted puede crear una cuenta HSA, si está inscrito en uno de estos planes. Generalmente, usted puede crear una cuenta HSA en una institución financiera, como un banco. Para informarse más sobre las HSA, visite IRS.gov y escriba "HSA" en la herramienta de búsqueda.

8. ¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Una vez que elija un nivel metálico (Platinum, Gold, Silver o Bronze) le será más fácil comparar sus opciones de planes. Si está tratando de comprar un plan en MAhealthconnector.org, puede elegir hasta tres planes para compararlos por internet.

9. ¿Qué significa una Red limitada o más pequeña?

Una Red limitada o más pequeña es un plan con menos proveedores y con cuotas más bajas que otros planes ofrecidos por la misma aseguradora (compañía de seguros). Cuando compre planes por internet, verá que aparece el mensaje "Network Note" si usted está buscando en uno de estos planes. Esta sería una buena opción para usted si esta red trabaja con los proveedores que usted quiere. Antes de inscribirse, use la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) para ver si sus proveedores están en el plan.

Glosario

Abajo aparece una lista de términos que usted verá y oirá cuando elija su plan de salud. Estos términos pueden ser nuevos para usted. Aprenderlos le ayudará a comprender mejor su seguro de salud.

Copago

Un precio fijo que usted paga cuando recibe ciertos servicios de cuidado de salud. No todos los servicios requieren un copago.

Coseguro

Si un servicio de cuidado de salud tiene coseguro, usted paga un porcentaje (parte) del costo por ese servicio. Generalmente, usted comienza a pagar coseguro después de alcanzar su deducible. Este no es un costo fijo como un copago. La cantidad que usted paga depende del costo total del servicio.

Costo máximo que debe pagar de su bolsillo (MOOP)

La mayor cantidad que usted paga en un año por servicios de cuidado de salud. Una vez que usted paga esta cantidad, su plan paga por todos sus servicios cubiertos por el resto del año. Usted debe seguir pagando su cuota mensual.

Cuota

La cantidad que usted paga por mes por su seguro de salud. Usted debe pagar su cuota mensual, ya sea que use o no los servicios de cuidado de salud. Health Connector le enviará una factura por su cuota mensual. Usted siempre debe pagar la cuota, a más tardar el día 23 del mes.

Deducible

La cantidad total que usted debe pagar en un año antes de que su plan pague por parte o por todos sus servicios. Algunos servicios podrían no tener un deducible. Pueden ser gratuitos o tener solamente un copago, incluso aunque usted aún no haya alcanzado el deducible.

HMO

HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud. Si usted elige un plan que es una HMO, debe usar proveedores dentro de la red para poder recibir los servicios cubiertos. Si usted va a un proveedor fuera de la red, su plan no cubrirá el costo de su cuidado, excepto en una emergencia.

Si usted se inscribe en una HMO, también debe elegir un Proveedor de cuidado personal (PCP). Usted debe obtener una autorización de su PCP si necesita cuidado de especialistas. La mayoría de los planes ofrecidos a través de Health Connector son HMO.

Planes estandarizados

Ofrecemos planes estandarizados dentro de cada nivel metálico. Los planes estandarizados tienen un grupo de 21 beneficios principales con los mismos costos de bolsillo, para facilitar su comparación.

Los planes no estandarizados tienen costos de bolsillo variables para todos los beneficios y también se ofrecen dentro de cada nivel metálico. Si usted ve la palabra “Standard” (Estándar) en el nombre de un plan, significa que los beneficios están estandarizados para facilitar su comparación con otros planes estandarizados dentro del mismo nivel metálico.

Proveedor de cuidado primario (PCP)

El médico que le brinda cuidado de salud y servicios, como autorizaciones para ir a especialistas. Si usted se inscribe en una HMO o una EPO, debe elegir un PCP.

Red de proveedores

Una red de proveedores es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con el plan de salud para ofrecerle cuidado de salud. Cada plan tiene una red y hay distintos tipos de redes.

- **Dentro de la red** significa que el proveedor es parte de la red del plan de salud. Si recibe cuidado de un proveedor dentro de la red, el costo será menor para usted.
- **Fuera de la red** significa que el proveedor no es parte de la red del plan de salud. Si usted recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, es posible que su plan no pague por estos servicios y usted podría tener que pagar todo o parte del costo.

Servicios de cuidado de salud

Los servicios de cuidado de salud son como ir al médico, obtener un surtido de un medicamento de receta o tener una operación.