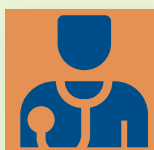
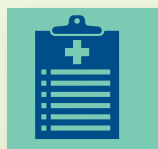
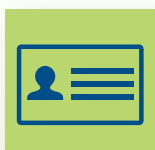
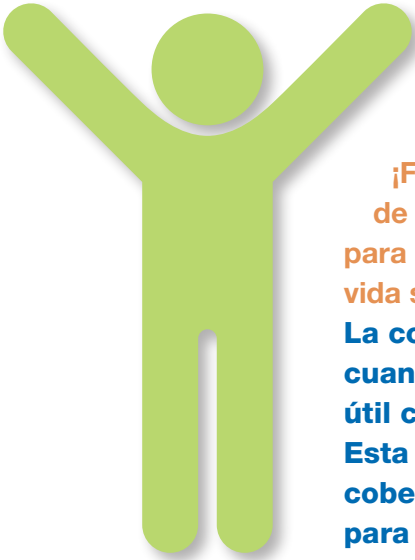




DE LA COBERTURA AL CUIDADO DE SU SALUD

Una Guía para Un Mejor Cuidado y Una Vida Más Saludable





¡Felicidades por obtener cobertura de salud – es un paso importante para mejorar su salud y tener una vida saludable!

La cobertura es importante no solo cuando está enfermo, también es útil cuando usted no está enfermo. Esta guía explica lo que es la cobertura de salud y cómo utilizarla para obtener el cuidado primario y los servicios preventivos necesarios para ayudar a usted y a su familia a vivir vidas más largas y saludables.

Cómo funciona:

Lea la Guía de principio a fin, o pase a uno de los pasos como referencia rápida. Encontrará ejemplos útiles a través de la Guía, y al final, encontrará definiciones de términos y recursos corrientes de atención médica.

Empiece a vivir una vida más saludable ahora...

REFERENCIA RÁPIDA

Su Guía a La Salud



Paso 1: Dele prioridad a su salud 6

¿Por qué son importantes la prevención y la cobertura de salud?



Paso 2: Entienda su cobertura de salud 8

¿Qué palabras debo saber? ¿Cuánto me costará obtener cuidado médica?



Paso 3: Entienda dónde debe ir si necesita atención médica 16

¿Dónde debo ir cuando estoy enfermo? ¿Qué diferencia hay entre el departamento de emergencia y el cuidado primario?



Paso 4: Encuentre un proveedor 20

¿Cómo puedo encontrar un proveedor que sea el adecuado para mí? ¿Y si se me asigna un proveedor?



Paso 5: Haga una cita..... 24

¿Qué información necesito y qué preguntas debo hacer cuando haga una cita?



Paso 6: Esté preparado para la consulta 26

¿Qué debo llevar a la cita? ¿Qué preguntas debo hacer durante la visita?



Paso 7: Decida si el proveedor es el adecuado para usted 30

¿Es éste un proveedor con quien puedo confiar y colaborar? Si no, ¿qué debo hacer?



Paso 8: Próximos pasos después de su cita 32

¿Qué debo hacer al llegar a casa? ¿Cómo mantengo mi salud?

Recursos: Glosario y Enlaces 36



COMIENCE AQUÍ

Dele prioridad a su salud

- Mantener su salud es importante para usted y para su familia.
- Lleve un estilo de vida saludable en su casa, en su trabajo, y en su comunidad.
- Hágase las pruebas médicas que le recomienden y maneje sus enfermedades crónicas.
- Guarde toda su información médica en el mismo lugar.



Entienda su cobertura de salud

- Comuníquese con su plan de seguro o con el programa estatal de Medicaid o CHIP para que vea qué servicios están cubiertos.
- Familiarícese con sus costos (primas, copagos, deducibles, coseguro).
- Entienda la diferencia entre los proveedores dentro de la red y fuera de la red.



Entienda dónde debe ir si necesita atención médica

- Vaya a la sala de emergencias si tiene una situación que ponga en peligro su vida.
- En caso de que no sea una emergencia, es preferible que vaya al médico primario.
- Entienda la diferencia entre cuidados primarios y cuidados de emergencia.



Encuentre un proveedor

- Pregúntele a sus amistades o investigue por Internet.
- Revise la lista de proveedores de su plan.
- Si le asignan un proveedor, comuníquese con su plan si quiere cambiarlo.
- Si está inscrito en Medicaid o en CHIP, comuníquese con el programa estatal de Medicaid o CHIP para que lo ayuden.




5

Haga una cita

- Dígalos si es un paciente nuevo o si ya ha estado antes ahí.
- Dé el nombre de su plan de seguro y pregunte si aceptan su seguro.
- Dígalos el nombre del proveedor que usted quiere ver y por qué quiere una cita.
- Pregunte si están disponibles en los días y horarios más convenientes para usted.

6



Esté preparado para la consulta

- Lleve su tarjeta de seguro.
- Investigue la historia médica de su familia y haga una lista de los medicamentos que esté tomando.
- Lleve una lista de preguntas y cosas de las que quiera hablar, y tome notas durante la consulta.
- Lleve a alguien para que lo acompañe si necesita ayuda.

No

Si quiere cambiar de proveedor, regrese al Paso 4.

7



Decida si el proveedor es el adecuado para usted

- ¿Se sintió cómodo con el proveedor que lo atendió?
- ¿Pudo comunicarse y entender a su proveedor?
- ¿Le parece que usted y su proveedor pueden tomar buenas decisiones juntos?
- Recuerde: ¡Cambiar de proveedor no es ningún problema!

Sí

Próximos pasos después de su cita

8



- Siga las instrucciones de su proveedor.
- Ocúpese de que le surtan los medicamentos por receta que le hayan dado, y tómelos según le hayan indicado.
- Haga una cita para la siguiente visita si es necesario.
- Revise la explicación de beneficios y pague sus cuentas médicas.
- Comuníquese con su proveedor, plan de salud, o la agencia estatal de Medicaid o CHIP si tiene alguna pregunta.



1 Dele prioridad a su salud.

Permanecer saludable aumenta la posibilidad de que pueda compartir su vida con su familia y sus amigos durante muchos años más. Use su cobertura de salud cuando esté enfermo y cuando tenga buena salud para ayudarlo a vivir una vida más larga y saludable. Mientras que la cobertura es importante, no hay sustituto para el vivir un estilo de vida saludable.

Aquí encontrará lo que puede hacer para darles prioridad a su salud y a su bienestar:

- Dedique tiempo para la actividad física, a comer de manera saludable, a relajarse, y a dormir bien.
- Obtenga los servicios preventivos que sean adecuados para usted.
- Juegue un papel activo en su salud.
- Aprenda más de lo que puede hacer para permanecer saludable y comparta la información con su familia y sus amigos.

¿QUÉ ES UN PROVEEDOR?

Utilizamos el término “proveedor” por todo este manual para referirnos a un profesional de atención médica. Puede tratarse de un médico, una enfermera especializada, un profesional de salud conductual, u otro profesional de atención médica que visite. Su **Proveedor de Cuidado Primario** será el proveedor que visite la mayor parte de las veces, y se familiarizará con usted y lo ayudará a administrar su salud con el transcurso del tiempo.



¿Por qué es importante el cuidado preventivo?



Los servicios preventivos incluyen cuidado médica como exámenes preventivos, revisiones médicas, y asesoría de pacientes, que se utilizan para prevenir enfermedades y otros problemas de salud, o para detectar enfermedades en etapas tempranas en las que los tratamientos tienen mayor probabilidad de ser efectivos. Obtener servicios preventivos recomendados y tomar decisiones saludables son pasos claves para alcanzar una mejor salud y una vida saludable.



Tener un proveedor que conoce sus necesidades médicas y con cual usted pueda confiar y colaborar puede ayudarlo a:



- asegurarse de recibir los servicios preventivos adecuados para usted
- tomar decisiones para llevar una vida saludable
- mejorar su bienestar mental y emocional
- alcanzar sus metas de salud y bienestar

Mantenga toda su información médica en el mismo lugar.

Use este manual para mantenerse al tanto de su información médica, sus proveedores, y su estado salud. Es importante mantener esta información actualizada, y sería buena idea llevar consigo en caso de una emergencia. ¡Acuérdese de proteger su identidad manteniendo su información personal segura!



SUGERENCIA DE COSTOS

Es posible que pueda recibir una visita anual o algunos de los servicios preventivos recomendados gratuitamente, como las vacunas de la gripe, los exámenes y la asesoría de obesidad, y los exámenes de depresión. Hable con su proveedor acerca de lo que es adecuado para usted, y utilice la Lista de Verificación de Salud Personal que hay en la parte de atrás de este manual para mantenerse al tanto de sus resultados.

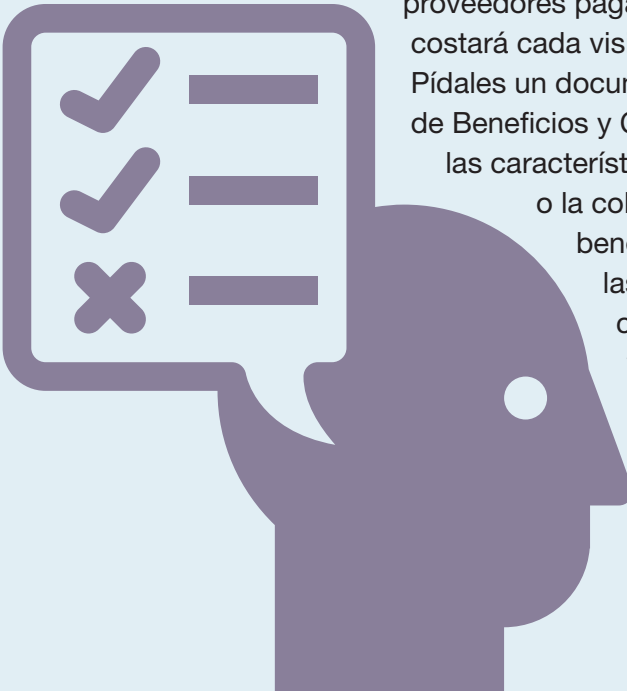


2 Entienda su cobertura de salud.

La cobertura de salud paga los servicios de los proveedores, los medicamentos, el cuidado de hospital, y el equipo médico necesario cuando está enfermo. También es importante cuando *no* está enfermo. La mayoría de las coberturas incluyen vacunas para niños y adultos, visitas anuales para las mujeres y las personas mayores, exámenes y asesoría de obesidad para las personas de todas las edades, y más, gratuitamente. Mantenga su cobertura pagando sus primas mensuales (si las tiene).

Los planes de seguro pueden ser distintos según los proveedores que visite y cuánto tenga que pagar. Los programas de Medicaid y CHIP también varían de un estado a otro. Consulte con su compañía de seguros o programa estatal de Medicaid y CHIP para asegurarse de entender qué servicios y

proveedores pagará su plan y cuánto costará cada visita o medicamento. Pídeles un documento de Resumen de Beneficios y Cobertura que resuma las características claves del plan o la cobertura, como los beneficios cubiertos, las estipulaciones de costo compartido, y las limitaciones y excepciones de cobertura.



Aquí tiene explicaciones de palabras claves de seguro médico que es posible que oiga. Hay otras palabras claves que se explican en la parte de atrás de este manual.

- **Una Red** es los centros, proveedores, y suplidores que ha contratado su seguro o plan médico para facilitar servicios médico.
- Hable con su compañía de seguros para averiguar cuales proveedores están “dentro de la red.” A estos proveedores también se les pueden llamar “proveedores preferidos” o “proveedores participantes.”
- Si un proveedor está “fuera de la red,” puede que le cueste más la visita.
- Las redes pueden cambiar. Consulte con su proveedor cada vez que haga una cita para que sepa cuánto tendrá que pagar.
- **Un Deducible** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura.

Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted no satisfaga el deducible de \$1,000 para servicios médicos cubiertos y sujetos al deducible. El deducible quizás no sea aplicable a todos los servicios.

- **Coseguro** es la porción que paga por los servicios cubiertos, calculada como porcentaje (por ejemplo, 20%) de la cantidad aceptada para esos servicios. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que deba.

Por ejemplo, si la cantidad autorizada para el seguro médico o el plan para una visita al médico es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, su pago del 20% por coseguro sería \$20. El seguro médico o el plan paga el resto de la cantidad aprobada.



- **Un Copago** es una cantidad fija que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente en el momento en que lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico, exámenes de laboratorio, o una receta.

Generalmente, los copagos son de entre \$0 y \$50, según su plan de seguros y el tipo de visita o servicio.

- **Una Prima** es la cantidad que debe pagar por su seguro o plan médico. Usted y/o su empleador usualmente pagan esa cantidad mensualmente, trimestralmente, o anualmente.
- **Límite de gastos de su bolsillo** es la cantidad máxima que usted paga durante el periodo de la póliza (generalmente un año) antes de que su seguro médico comience a pagar el 100% de las cantidades autorizadas. Este límite debe incluir deducibles, coseguros, copagos o cargos similares y cualquier otro gasto necesario de una persona considerado como un gasto médico calificado para los beneficios de salud esenciales. Este límite nunca incluye

su prima, facturas de saldos para los proveedores y otros costos compartidos fuera de la red, o gastos médicos para beneficios de salud no esenciales.

El límite máximo de su propio bolsillo para

cualquier plan individual del Mercado para el año 2014 no puede ser más de \$6,350 para un plan individual y \$12,700 para un plan familiar.

- **Explicación de Beneficios [Explanation of Benefits (EOB) en inglés]** es un resumen de los cargos que le envía su plan después de que usted visita un proveedor o recibe un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención médica que usted o las personas cubiertas en su póliza han recibido y cuánto le está cobrando su proveedor a su plan médico. Si tiene que pagar más por su cuidado, su proveedor le enviará una factura aparte.





Su Tarjeta de Seguro u Otro Documento

Probablemente ha recibido un paquete de socio con información acerca de su cobertura de su plan de seguro o de su programa estatal de Medicaid o CHIP. Lea esta información detalladamente porque la necesitará cuando visite un proveedor o si llama a su compañía de seguros para hacer una pregunta. Si no puede leerla o entenderla, llame a su plan médico o a su programa estatal de Medicaid o CHIP y pídale que se la expliquen.

Puede que haya recibido una tarjeta o algún otro documento como prueba de su seguro. Puede que su tarjeta tenga un aspecto distinto, pero debe tener el mismo tipo de información. Algunos planes médicos no tienen tarjetas, pero usted debe recibir esta información de alguna otra manera. Si no recibe tarjeta, póngase en contacto con su plan médico para ver si debería haberla recibido.

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Tipo de plan

4

Fecha de entrada en vigor

Nombre del Socio: Juan Torres

1

Número de Socio: XXX-XX-XXX

2

Número de Grupo: XXXXX-XXX

3

Grupo de Recetas # XXXXX:

Copago de Recetas Médicas
\$15.00 Genéricos
\$15.00 De Marca

7

Copago PCP \$15.00

5

Copago de Especialista: \$25.00

Copago de Sala de Emergencia: \$75.00

Servicio de Socio: 800-XXX-XXXX

6

La información siguiente puede estar incluida en su tarjeta de seguro u otro documento de su plan médico o programa estatal de Medicaid o CHIP.

- 1 Nombre y fecha de nacimiento del socio.** Generalmente, esto aparece impreso en la tarjeta.
- 2 Número de socio.** Este número se utiliza para identificarlo para que su proveedor sepa cómo enviarle la factura a su plan médico. Si su cónyuge o sus hijos también están en su cobertura, sus números de socio pueden tener apariencias muy parecidas.
- 3 Número de grupo.** Este número se utiliza para rastrear los beneficios específicos de su plan. También se utiliza para identificarlo para que su proveedor sepa cómo enviarle facturas a su seguro.
- 4 Tipo de plan.** Puede que su tarjeta tenga una etiqueta, como HMO, PPO, HSA, Abierto, u otra palabra que describa el tipo de plan que tiene. Esto le dice qué tipo de red tiene su plan y qué proveedores puede visitar que estén “dentro de la red” para usted.
- 5 Copago.** Estas son las cantidades que debe pagar usted cuando recibe atención médica.
- 6 Números de teléfono.** Puede llamar a su plan médico si tiene preguntas acerca de encontrar un proveedor o lo que incluye su cobertura. A veces, los números de teléfono aparecen en la parte de atrás de su tarjeta.
- 7 Copago de recetas médicas.** Éstas son las cantidades que debe pagar por cada receta que haya surtido.



Las preguntas que hay a continuación pueden ayudarlo a entender mejor su cobertura y a entender lo que pagará cuando reciba atención médica. Si no sabe las respuestas a estas preguntas, póngase en contacto con su plan de seguros o su agencia estatal de Medicaid o CHIP.

- ¿Cuánto tendré que pagar por una visita de cuidado primario? ¿Una visita de especialidad? ¿Una visita de salud mental/ conductual?
- ¿Tendría que pagar una cantidad distinta si visito a un proveedor “de dentro de la red” o “de fuera de la red”?
- ¿Cuánto tengo que pagar por medicamentos de receta?
- ¿Hay límites del número de visitas a un proveedor, como un proveedor de salud conductual o un terapeuta físico?
- ¿Cuánto me costará ir a la Sala de Emergencia si no es una emergencia?
- ¿Cuál es mi deducible?
- ¿Necesita referido para visitar a un especialista?
- ¿Qué servicios no cubre mi plan?

PARA PREVENIR EL FRAUDE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si otra persona utiliza su tarjeta de seguro o número de socio para obtener medicamentos de receta o atención médica, entonces está cometiendo un fraude. Ayude a prevenir el fraude de cuidado médica.

- No deje que nadie utilice nunca su tarjeta de seguro.
- Mantenga segura su información personal.
- Llame a su compañía de seguros inmediatamente si pierde su tarjeta de seguro o sospecha el fraude.

Aquí hay ejemplos de cómo podrían utilizar los términos de los que hemos hablado en esta sección su plan de seguros o su programa estatal de Medicaid o CHIP para cubrir su atención médica.

- Todos los planes médicos deben darle un Resumen de Beneficios y Cobertura, que tendrá estos ejemplos, indicando cómo podría el plan ayudarlo a pagar servicios.
- Los costos y el cuidado reales varían según sus necesidades de atención médica y su cobertura.
- Póngase en contacto con su plan médico o su programa estatal de Medicaid o CHIP para obtener más información.

Tener un bebé (parto normal)

- **Cantidad que se les debe a los proveedores:** \$7,540
- **El plan paga:** \$5,490
- **La paciente paga:** \$2,050

Ejemplos de costos de cuidado:

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Cobros de hospital (madre) | \$2,700 |
| Cuidado obstétrico de rutina | \$2,100 |
| Cargos de hospital (bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Pruebas de laboratorio | \$500 |
| Recetas | \$200 |
| Radiología | \$200 |
| Vacunas, que no sean preventivas | \$40 |
| Total | \$7,540 |

La paciente paga:

| | |
|--------------|----------------|
| Deducibles | \$700 |
| Copagos | \$30 |
| Coseguro: | \$1,320 |
| Total | \$2,050 |

Control de diabetes de tipo 2 (1 año de mantenimiento de rutina y una condición crónica bien controlada)

- **Cantidad que se les debe a los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga:** \$3,520
- **El paciente paga:** \$1,880

Ejemplos de costos de cuidado:

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Recetas | \$2,900 |
| Equipo e insumos médicos | \$1,300 |
| Visitas y procedimientos de oficina | \$700 |
| Educación | \$300 |
| Pruebas de laboratorio | \$100 |
| Vacunas, que no sean preventivas | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|--------------|----------------|
| Deducibles: | \$800 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$580 |
| Total | \$1,880 |

Los números no son costos reales y no incluyen toda la información clave.

Fuente: <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/sbc-template-spanish-second-year-pdf.pdf>

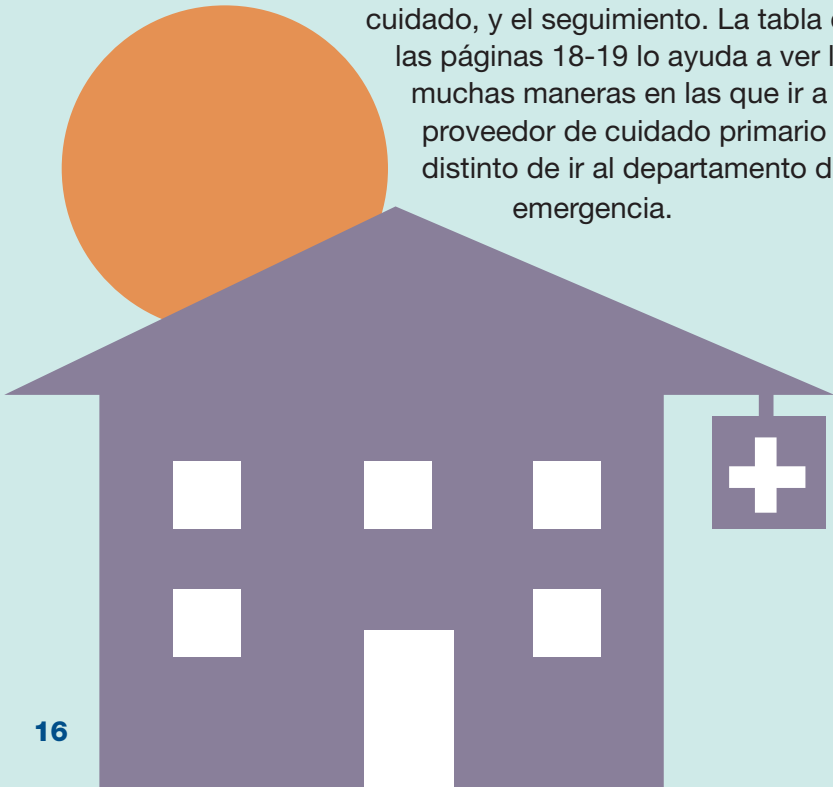


3 **Entienda dónde debe ir si necesita atención médica.**



¿NECESITA AYUDA?
Llame al 9-1-1 si tiene una situación de emergencia o que ponga en peligro su vida.

Aunque puede obtener cuidado médica en muchos lugares distintos, incluyendo el departamento de emergencia, lo mejor es que reciba el cuidado de rutina y los servicios preventivos recomendados de un proveedor de cuidado primario. Hay diferencias importantes entre las visitas a su proveedor de cuidado primario y las visitas al departamento de emergencia, tales como el costo, el tiempo que se pasa esperando cuidado, y el seguimiento. La tabla de las páginas 18-19 lo ayuda a ver las muchas maneras en las que ir a su proveedor de cuidado primario es distinto de ir al departamento de emergencia.



Puede encontrar proveedores de cuidado primario en oficinas, clínicas, y centros médicos de toda la nación. Según su cobertura y circunstancias personales, puede que encuentre un proveedor de cuidado primario en:

- Grupos y prácticas médicos privados
- Centros de atención ambulatoria y clínicas de paciente ambulatorio
- Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC en inglés)
- Clínicas comunitarias y clínicas gratuitas
- Centros médicos localizados en escuelas
- Servicio de Salud para Indígenas, los programas tribales y los programas urbanos para indígenas
- Centros médicos y clínicas de paciente ambulatorio del departamento de Asuntos de Veteranos

Los proveedores de cuidado primario trabajan con pacientes todos los días para asegurarse de que reciban los servicios preventivos adecuados, controlar sus condiciones crónicas, y mejorar su salud y bienestar. Puede que algunos lugares ofrezcan servicios y apoyos que varíen según las necesidades de la comunidad que sirven, como servicios y apoyos basados en la comunidad, salud mental, servicios dentales, servicios de visión, transporte, e interpretación de idiomas.

ENTÉRESE ANTES DE IR

No todos los tipos de proveedores y clínicas aceptan todos los planes o tipos de cobertura. Llame a la oficina antes de ir para asegurarse que reciben pacientes con su cobertura.





Diferencias Entre la Oficina de Su

Proveedor de Cuidado Primario

Pagará su copago de cuidado primario si lo tiene. Esto puede costarle entre \$0 y \$50.

Va cuando **se siente enfermo y cuando se siente bien.**

Llama **antes de ir** para hacer una cita.

Puede que tenga que esperar un breve tiempo a que se le llame después de llegar, pero, generalmente, se le recibirá **más o menos a la hora que hizo la cita.**

Generalmente verá **al mismo proveedor cada vez.**

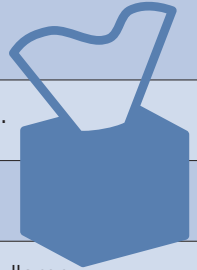
Generalmente, su proveedor **tendrá acceso** a su ficha médica.

Su proveedor colabora con usted para **monitorear sus condiciones crónicas**, y ayuda a mejorar su salud general.

Su proveedor **examinará otras áreas de su salud**, no solo el problema que le haya llevado allí ese día.

Si necesita visitar a otros proveedores, **su proveedor lo puede ayudar a hacer un plan**, obtener sus medicamentos, y programar las visitas de seguimiento recomendadas o a encontrar especialistas.

En algunas áreas, puede que tenga que ir a un **Centro de Cuidado de Urgencia** a su plan médico antes de ir a averiguar cuánto tendrá que pagar.



Proveedor y el Departamento de Emergencia

Departamento de Emergencias

Es probable que **pague un copago, co-seguro, y que tenga que satisfacer su deducible** antes de que su plan médico pague sus costos, especialmente si no es una emergencia. Su copago puede ser de entre \$50 y \$150.

Debe ir solamente cuando **está lesionado o muy enfermo**.

Se **presenta cuando lo necesita y espera** hasta que puedan verlo.

Es posible que **espere varias horas** antes de que se le vea si no es una emergencia.

Verá al **proveedor que esté trabajando ese día**.

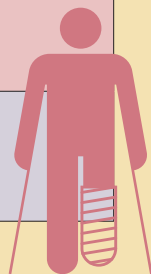
El proveedor que lo vea probablemente **no tendrá acceso** a sus fichas médicas.

Es posible que el proveedor **no sepa qué condiciones crónicas tiene usted**.

El proveedor **examinará solamente el problema urgente** para el que vino a tratarse, pero puede que no haga preguntas acerca de otras inquietudes.

Cuando acabe su visita, **se le dará de alta con instrucciones para hacer sus citas de seguimiento** con su proveedor de cuidado primario y/o su especialista. Puede que no haya apoyo de seguimiento.

encias. Si hay Cuidado de Urgencias disponible en su área, llame





4 Encuentre un proveedor.

Escoger el proveedor correcto es una de las decisiones más importantes que va a tomar acerca de su cuidado médico, y encontrar el proveedor adecuado puede llevar un poco de trabajo.

Recuerde, está buscando un proveedor en el que pueda confiar y con el que pueda colaborar para mejorar su salud y bienestar, así que dedique un poco de tiempo a pensar en lo que necesita. Según lo complicado que sea su estado de salud y sus necesidades médicas, puede que necesite visitar a más de un tipo de proveedor. Dos tipos corrientes de proveedores aparecen a continuación.

Un **Proveedor de Cuidados Primarios** es el que visitará para la mayoría de sus problemas de salud. También colaborará con usted para que reciba sus exámenes preventivos recomendados, mantenga sus fichas médicas, para ayudarlo a controlar condiciones crónicas, y para enlazarlo con otros tipos de proveedores si los necesita. A menudo mantiene una relación a largo plazo con usted, lo aconsejan y tratan diferentes asuntos relacionados con su salud.

Si es usted un adulto, su proveedor de cuidado primario puede llamarse médico de familia, internista, profesional médico general, enfermera especializada, o ayudante de médico. El proveedor de su niño o adolescente puede llamarse un pediatra. Si es usted anciano, su proveedor puede llamarse un geriatra.

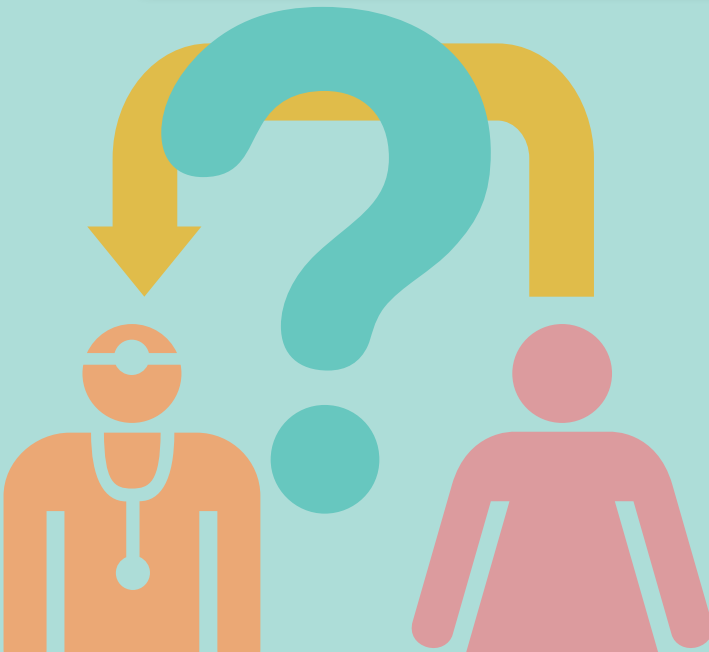
En algunos casos, su plan médico puede asignarle un proveedor. Generalmente, puede cambiar de proveedores si quiere. Póngase en contacto con su plan médico para ver cómo hacerlo.

Un **Especialista** lo verá para ciertos servicios o para tratar condiciones específicas para diagnosticar, administrar, prevenir, o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista es un proveedor que posee más entrenamiento en un área especificada del cuidado médico. Los especialistas incluyen los: cardiólogos, oncólogos, psicólogos, alergistas, podiatras, u ortopedas.

Puede que necesite un **Referido** (o recibir una instrucción específica) de su proveedor de cuidado primario antes de ir a un especialista para que su plan pague la visita. Para algunos servicios, su plan médico puede requerirle que obtenga primero **Pre-autorización** - una decisión de su plan de cobertura o médico de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento de receta, o cierto equipo médico durable sea médicamente necesario. Esto se llama autorización previa, aprobación previa, o pre-certificación.

EL PROVEEDOR CORRECTO

Puede que se necesite más de una visita para decidir si un proveedor es el correcto para usted.





Siga estos cuatro pasos para encontrar un proveedor en el que pueda confiar y con el que pueda asociarse para vivir una vida más larga y saludable.

1. Identifique proveedores de su red.

- Llame a su compañía de seguros o programa estatal de Medicaid y CHIP, revise el sitio web, o estudie su manual de socio para encontrar proveedores de su red que acepten su cobertura de salud.
- Dígales que está buscando algo en particular, como un proveedor que hable un idioma aparte del inglés, o un proveedor que pueda acomodar su movilidad u otra incapacidad funcional.
- Si ya tiene un proveedor que le guste y con el que quiere seguir colaborando, llame a su oficina y pregunte si aceptan su cobertura.
- Tenga presente que la mayor parte del tiempo, pagará más para ver a un proveedor que no esté en su red que para ver a un proveedor que esté en su red.

2. Pregunte.

- Pregúnteles a sus amigos o a su familia si tienen proveedores que les gusten.
- Pregúnteles qué tipo de proveedores son y lo que les gusta de ellos.
- A veces puede buscar proveedores en la Internet para ver lo que dicen acerca de ellos otras personas en la comunidad.



3. Escoja un proveedor.

Llame a la oficina del proveedor y hágales preguntas para ayudarlo a decidir quién quiere que sea su proveedor de cuidado primario. Algunas de las cosas que se le pueden ocurrir incluyen:

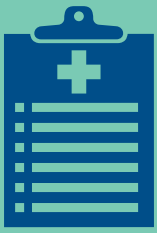
- ¿Está aceptando su proveedor nuevos pacientes o pacientes que tienen su cobertura de salud? Esto puede cambiar durante el año, así que siempre lo debe preguntar.
- ¿Está la oficina cerca de su casa o trabajo? ¿Cómo va a llegar allí?
- ¿Irán bien con su horario las horas de las citas?
- ¿Habla su idioma el proveedor o tiene intérprete disponible?
- Si tiene movilidad limitada u otra incapacidad funcional, ¿puede entrar a la oficina del proveedor, tener acceso a las mesas de examen y las balanzas, y obtener información clave de maneras que satisfagan sus necesidades?
- ¿Con qué hospitales trabaja el proveedor, y puede usted llegar allí?
- ¿Es respetuoso y le brinda ayuda el personal de la oficina?

4. ¡Pruébalo!

A veces se necesita más de una visita para decidir si un proveedor es adecuado para usted.

SUGERENCIA DE COSTOS

Pregúntele a su plan si necesita autorización previa antes de visitar a su proveedor. Si no recibe preautorización, puede que se le cobren por cosas por las que habría pagado su plan médico.



5 Haga una cita.

Cuando haga la cita, tenga lista su tarjeta de seguro u otra documentación, y sepa lo que quiere.

Aquí tiene varias cosas que debe mencionar cuando llame y lo que se le puede pedir.

Debe decirles:

- Cómo se llama y si es paciente nuevo.
- Por qué quiere ver al proveedor. Quizá quiera decirles que está intentando encontrar un nuevo proveedor de cuidado primario para un “examen anual,” o una “visita de prevención,” o puede preguntar si puede ir porque tiene una inquietud específica, como la gripe, alergias, o depresión.
- Cómo se llama su plan de seguro o que tiene cobertura de Medicaid o CHIP y asegúrese de tener la información correcta acerca de qué proveedores de la oficina están en su red.
- Cómo se llama el proveedor al que desea ver. Puede que tenga que esperar más tiempo para una cita si solicita un proveedor específico, así que puede que recomienden otro proveedor de su red si se siente enfermo y necesita ir a la brevedad.
- Si tiene una necesidad específica, como traducción o equipo médico accesible, pregunte si el proveedor y la oficina pueden satisfacer esa necesidad. Si no, pregunte si hay algún otro proveedor en la oficina que pueda.
- Los días y horas que le van bien a usted. Algunas oficinas tienen citas de fin de semana o de noche.

También debe preguntar:

- Si pueden enviarle alguno de los formularios que necesita llenar antes de llegar. Esto le ahorrará tiempo el día de su visita.
- Si necesita llevar algo a la visita, como registros médicos o medicamentos que esté tomando actualmente.
- Lo que debe hacer si necesita cambiar o cancelar la cita. Algunas oficinas cobran un pago si falta a las citas, si llega tarde a las citas, o si cancelan citas menos de 24 horas antes de que empiecen.

Qué esperar cuando haga una cita:

- Puede que le pidan información acerca de usted y su cobertura, así que tenga a mano su tarjeta u otra documentación cuando llame.
- Puede que tenga que esperar varias semanas a que le den una cita, especialmente si es paciente nuevo.
- Si llama a la oficina de su proveedor porque está enfermo, puede que pueda ir a verlo el mismo día.



6 **Esté preparado para la consulta.**

Si ésta es su primera consulta con un proveedor nuevo o está utilizando cobertura de salud nueva, necesitará llevar varias cosas con usted para la consulta.

Esto le ayudará a su proveedor a entender su salud y su estilo de vida, y a ayudarlo para mejorar su salud y bienestar durante su visita y después de que se vaya.

Es importante llegar antes de la hora de su cita.

Cuando llegue a la oficina de su proveedor, regístrese con el personal de la oficina de recepción. Puede que se le pida que provea lo siguiente:

- Tarjeta de seguro médico u otra documentación.
- Identificación con foto (por ejemplo, licencia de manejar, ID gubernamental o escolar, pasaporte, etc.
- Formularios completados.
- Su copago, si lo tiene. Pida un recibo para sus registros.

SUGERENCIA DE COSTOS

Si necesita cambiar la cita, póngase en contacto con la oficina de su proveedor lo antes posible. Muchos proveedores cobran si llega tarde, si no se presenta a la cita, o si la cancela menos de 24 horas antes de que empiece. La mayoría de los planes médicos no pagan estos costos.

Puede que el personal de la oficina de recepción le pida que llene formularios adicionales y que lea su política de privacidad, que le dice cómo mantendrán privada su información. Esto es requerido por la ley.

Cuando vea a su proveedor, es útil compartir:

- Su historia médica familiar y fichas médicas, si las tiene.
- Los medicamentos que está tomando (y las botellas, para que su proveedor sepa qué dosis toma). Si necesita que se le repita una receta, pídale.
- Preguntas o inquietudes que tenga acerca de su salud— anótelas para que no se le olvide preguntar.

Si quiere, puede llevar a alguien, como un amigo o miembro de su familia, para que lo ayude a hablar con el proveedor.



CONOZCA SUS DERECHOS

Se le debe tratar con respeto y su información personal debe mantenerse en privado. Si no está satisfecho con la manera en que se le trató, pida hablar con un gerente de oficina o con el proveedor y dígame sus inquietudes. Si no se resuelven sus inquietudes, entonces es posible que esta oficina no sea el lugar adecuado para usted.



¡No sea tímido!

Su proveedor está allí para ayudarlo a mantener su salud. Puede proveer mejor atención médica si habla con su proveedor acerca de su salud y comparte las preguntas o inquietudes que pueda tener. Si su proveedor dice algo que no entiende, ¡pregúntelo!

Debe poder contestar estas preguntas antes de irse de la oficina de su proveedor:

- ¿Cómo está mi salud? ¿Qué puedo hacer para mantenerme sano?
- ¿Qué debo hacer ahora? ¿Necesito exámenes de sangre u otras pruebas? Si es así, ¿para qué son? ¿Cuándo y cómo recibiré los resultados?
- Si tengo una enfermedad o condición crónica, ¿qué opciones de tratamiento tengo? ¿Qué beneficios e inquietudes hay para cada opción? ¿Qué ocurrirá si no me encargo de ello?
- Si necesito tomar medicamentos, ¿cuándo la tomo y cuánto tomo? ¿Hay efectos secundarios? ¿Hay una versión genérica?



PREGUNTE

Pídale a su proveedor materiales escritos que se pueda llevar a casa para leer, y pregúntele si hay un número de teléfono al que puede llamar si tiene preguntas. No se vaya hasta que se le hayan contestado todas las preguntas y entienda lo que tiene que hacer después.

- ¿Necesito visitar a un especialista u otro proveedor? ¿Le pedí una sugerencia a mi proveedor? ¿Necesito referido? Si es así, ¿lo tengo?
- ¿Cuándo necesito volver para mi próxima visita?
- ¿Qué debo hacer si tengo preguntas cuando llegue a casa?



SUGERENCIA DE COSTOS

Si tiene que tomar medicamento y le preocupa lo que va a costar, dígaselo a su proveedor. Puede que haya opciones más baratas para su medicamento, o que sepa de programas que ayuden a pacientes a pagar sus medicamentos.



Decida si el proveedor es el adecuado para usted.

Su salud y bienestar son importantes y es personal, debe tener un proveedor con el que pueda colaborar, en el que pueda tener confianza, y con el que pueda hablar, sintiéndose cómodo.

Recuerde:

- Es importante encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.
- Si no está satisfecho con su primera visita, considere darles otra oportunidad. Puede llamar a la oficina del proveedor y compartir sus inquietudes. También es posible que pueda ver a otro proveedor de esa oficina.

SUGERENCIA DE COSTOS

Si se le ha asignado un proveedor y quiere probar otro, llame a su plan médico o vaya a su sitio Internet para hacer ese cambio. Asegúrese de elegir un proveedor de su red o pagará más por su cuidado.



COMUNIQUE SUS DUDAS

Si no se siente a gusto con su proveedor, dígalo. No hay nada de malo con pedir cambios o buscar otro proveedor. El proveedor adecuado para usted satisficará sus necesidades cuando usted lo pida.

Después de su primera visita, piense en estas preguntas:

¿Sí?

¿No?

- ¿Tuvo confianza en su proveedor y sintió que le importaba su salud y usted como persona?
- ¿Sintió que se le había escuchado y que se abordaron sus necesidades de salud?
- ¿Contestó su proveedor sus preguntas de manera que pudo entender usted?
- ¿Utilizó su proveedor palabras que pudo usted entender, habló lo suficientemente lento, prestó atención a lo que usted tenía que decir, y habló de manera que lo hizo sentir a gusto?
- ¿Creyó que su proveedor mostró interés en sus inquietudes?
- ¿Cuando lo examinó y le habló de su salud, ¿respetó el proveedor sus opiniones, cultura y creencias? ¿Es éste un lugar donde se sentiría a gusto si volviera?
- ¿Le dieron la ayuda que pidió, como un intérprete, traducción, o una forma alterna de materiales escritos? ¿Pudo moverse por la oficina y usar el equipo médico sin barreras?
- ¿Sintió que su proveedor y el personal de la oficina lo trató justamente?
- ¿Pudo ponerse en contacto con su proveedor o el personal de la oficina si necesitó hacer una pregunta?

Si contestó **“Sí”** a todas estas preguntas, entonces puede que haya encontrado un proveedor que sea adecuado para usted.

Si contestó **“No”** a alguna de estas preguntas, pregúntese si cree que el proveedor o el personal harían cambios si lo pidiera. A veces, pedir lo que se necesita es la mejor manera de obtenerlo.

Si quiere cambiar de proveedor, **Vuelva al Paso 4** y mire otra vez en su lista de proveedores de “dentro de la red” para encontrar a alguien en el que puedan confiar y con el que pueda colaborar.



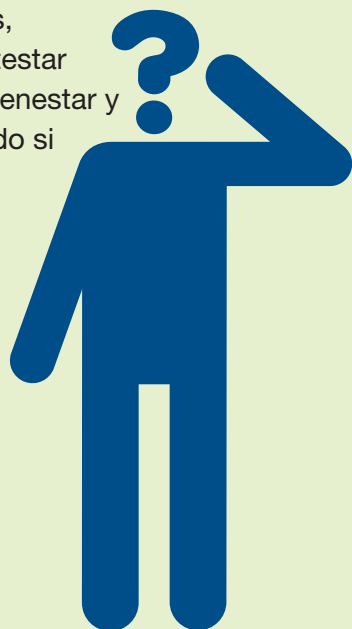
8 Próximos pasos después de su cita.

Ahora que ha encontrado un proveedor y ha ido a su primera visita, ¿qué sigue?

Visitará a su proveedor de cuidado primario para su cuidado preventivo recomendado y para ayudarlo a controlar condiciones crónicas, así como cuando se encuentra enfermo. Aún si visita a un especialista para un servicio o condición específica, siempre volverá a su proveedor de cuidado primario.

Pídale a su proveedor o a su personal de la oficina que lo notifiquen cuándo deba hacer su próxima visita o sus exámenes médicos preventivos recomendados. Haga una cita lo antes posible y anótelos en un lugar que recuerde, o en la parte de atrás de este libro.

Si tiene preguntas o inquietudes entre visitas, llame a su proveedor. Puede ayudarlo a contestar preguntas que tenga acerca de su salud y bienestar y a ajustar los medicamentos que esté tomando si es necesario.



Siga las recomendaciones de su proveedor. Por ejemplo, si le dijeron que fuera a un especialista, ¿llamó para hacer una cita?

Si no, es porque:

Se le olvidó. ¿Necesita recordatorio? Póngalo en su calendario, o utilice una aplicación de teléfono inteligente.

No entendió lo que tenía que hacer. Llame a su proveedor. Hágale preguntas hasta que lo entienda y tome notas. Considere traer a alguien de confianza a su próxima visita.

Estaba demasiado ocupado. Recuerde darle prioridad a su salud y dedicarle el tiempo necesario. Algunos proveedores ofrecen horas más largas entre días de semana u horas durante los fines de semana.

No tenía dinero. Si le preocupa no poder pagar su cuidado, puede que haya maneras de reducir el costo. Puede que su proveedor pueda darle un medicamento más barato, o puede que sea elegible para programas que ayuden con sus costos. Pregunte por los servicios o programas disponibles.

No sintió que se le trató con respeto y dignidad. Si la manera en que su proveedor o personal de oficina habló o se comportó con usted hizo que no quisiera volver o prestarle atención, dígaselo o considere cambiar de proveedor. El proveedor correcto lo tratará con respeto y satisficará sus necesidades de idioma, culturales, de movilidad, y de otros tipos.

Tenía miedo. A muchas personas les preocupa recibir malas noticias. Recuerde que al recibir el cuidado preventivo que es adecuado para usted, es más probable que su proveedor encuentre una enfermedad o problema temprano y que le ayude a mejorar más rápidamente.



Lectura de la Explicación de Beneficios

Después de que visite a su proveedor, puede que reciba una Explicación de Beneficios [Explanation of Benefits (EOB) en inglés] de su asegurador. Es un resumen de los cargos totales de su visita y cuánto van a tener que pagar usted y su plan médico. Un EOB NO es UNA FACTURA, y ayuda a garantizar que solo usted y su familia utilicen su cobertura. Puede que reciba una factura por separado del proveedor.

He aquí un ejemplo de una Explicación de Beneficios

El **Número de Servicio al Cliente** de su plan de seguro o su agencia de Medicaid o CHIP puede encontrarse cerca del logotipo del plan.


Explicación de Beneficios

Fecha del informe: XXXXXX
 Número de documento: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ESTO NO ES UNA FACTURA
 Número de suscriptor: XXXXXXXXXX ID: XXXXXXXXXX

Servicio al Cliente: 1-800-123-4567

Nombre del socio
 Dirección:
 Ciudad, Estado, Distrito
 Postal:

Grupo: ABCDE Número de Grupo: XXXXXX



Nombre del paciente: _____ Proveedor: _____ Número de reclamo: XXXXXXXXXXXX
 Fecha en que se recibió: **5** Se debe a: _____ Fecha de pago: XXXXXXXX

| Detalle del Reclamo | | | | Lo que puede cobrarle su proveedor | | Su responsabilidad | | | Costo Total del Reclamo | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------|----------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Línea No. | Fecha de Servicio | Descripción del Servicio | Estado del Reclamo | Cargos del Proveedor | Cargos Permitidos | Copago | Deducible | Coseguro | 4 | 6 | 7 |
| | | | | | | | | | Pagado por el Asegurador | Cantidad a Pagar Por Usted | Código de Comentarios |
| 1 | 20/3/14-20/3/14 | Atención Médica | Pagado | \$31.60 | \$2.15 | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 | \$2.15 | \$0.00 | PDC |
| 2 | 20/3/14-20/3/14 | Atención Médica | Pagado | \$375.00 | \$118.12 | \$35.00 | \$0.00 | \$0.00 | \$83.12 | \$35.00 | PDC |
| Total | | | | \$406.60 | \$120.27 | \$35.00 | \$0.00 | \$0.00 | \$85.27 | \$35.00 | |

Código de Comentarios: PDC - La cantidad de la factura es mayor que el pago máximo que permite el seguro. El pago es por la cantidad permitida.

Pague sus facturas y guarde la documentación. Algunos proveedores no lo recibirán si tiene facturas médicas que no se han pagado. Es posible que pueda ir a la Internet para buscar su información médica, como los resultados de los exámenes preventivos y las pruebas, o los medicamentos recetados. Esto puede ayudarlo a asumir control de la administración de su salud.

APELACIONES Y AGRAVIOS

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura por reclamos bajo su plan médico, es posible que pueda apelar o poner un agravio. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, o para obtener ayuda, puede ponerse en contacto con su plan de seguro o su programa estatal de Medicaid o CHIP. Si cree que se le ha cobrado por pruebas o servicios que debería haber pagado su cobertura, guarde la factura y llame al número de teléfono que hay en su tarjeta de seguro o documentación del plan inmediatamente. Las compañías de seguros tienen centros de llamadas y apoyo para ayudar a los socios del plan.

- 1 Descripción del Servicio** es una descripción de los servicios de atención médica que ha recibido, como una visita médica, pruebas de laboratorio, o exámenes preventivos.
- 2 Cargos de Proveedor** es la cantidad de la factura de su proveedor por su visita.
- 3 Cargos Permitidos** es la cantidad que se le reembolsará a su proveedor; puede que no sea la misma que la de Cargos de Proveedor.
- 4 Pagado por el Asegurador** es la cantidad que su plan de seguro le va a pagar a su proveedor.
- 5 Se Debe a** es la persona que recibirá el reembolso por el sobrepago del reclamo.
- 6 Lo Que Debe Usted** es la cantidad que el paciente o el socio del plan de seguro debe después de que su asegurador ha pagado todo lo demás. Puede que haya pagado ya parte de esta cantidad, y los pagos hechos directamente a su proveedor no pueden restarse de esta cantidad.
- 7 Código de Comentarios** es una nota del plan de seguro que explica más acerca de los costos, cargos, y cantidades pagadas por su visita.

Póngase en contacto con su plan médico si tiene preguntas acerca de su EOB.

GLOSARIO

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguros o su plan revise una decisión o una queja nuevamente.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente en el momento en que lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Copago Fuera de la Red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por cuidados médicos cubiertos facilitados por proveedores que no tienen un contrato con su seguro o plan médico. El copago fuera de la red, por lo general cuesta más que el copago dentro de la red.

Coseguro

La porción que usted paga por los servicios cubiertos, calculada como porcentaje (por ejemplo, 20%) de la cantidad aceptada para esos servicios. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, si la cantidad autorizada para el seguro médico o el plan para una visita al médico es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, su pago del 20% por coseguro sería \$20. El seguro médico o el plan paga el resto de la cantidad aprobada.

Coseguro Dentro de la Red

El porcentaje (por ejemplo, el 20%) que usted paga de la cantidad autorizada por servicios de cuidado médico cubiertos para los proveedores que pertenecen a su seguro o plan médico. Usualmente el coseguro dentro de la red le cuesta menos que el coseguro fuera de la red.

Coseguro Fuera de la Red

El porcentaje (por ejemplo, el 40%) que usted paga de la cantidad autorizada por servicios médicos cubiertos facilitados por proveedores que no tienen un contrato con su seguro o plan médico. El coseguro fuera de la red, por lo general cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Cuidado Ambulatorio en el Hospital

Cuidado en un hospital que usualmente no requiere quedarse una noche.

Cuidado Hospitalario para Pacientes Ambulatorios

Cuidado médico o quirúrgico que se obtiene en un hospital sin haber sido internado. Los cuidados hospitalarios para pacientes ambulatorios pueden incluir servicios de urgencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio o radiografías.

Cuidado Primario

Servicios de salud que abarcan la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Los proveedores de servicios de salud primarios incluyen médicos, enfermeros practicantes y asistentes médicos. A menudo mantienen una relación a largo plazo con usted, lo aconsejan, y tratan en diferentes asuntos relacionados con la salud. También pueden coordinar sus cuidados de salud con especialistas.

Cuidados de Urgencia

Cuidados de una enfermedad, lesión, o condición tan grave, que cualquier persona razonable buscaría atención de inmediato, pero no tan graves como para necesitar cuidados en una sala de emergencias.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted no satisfaga el deducible de \$1,000 para servicios médicos cubiertos y sujetos al deducible. El deducible quizás no sea aplicable a todos los servicios.

Especialista

Un médico especialista que se dedica en una área específica de la medicina o en un grupo específico de pacientes, para diagnosticar, administrar, prevenir, o tratar cierto tipos de síntomas y condiciones. Un especialista que no es un médico, es un proveedor que posee más entrenamiento en un área específica del cuidado médico.



Explicación de Beneficios

Un resumen de cargos de atención médica que le envía su compañía de seguros después de que usted visita a un proveedor o recibe un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención médica que usted o personas cubiertas bajo su póliza han recibido y cuánto le está cobrando su proveedor a su compañía de seguros.

Formulario – Lista de Medicamentos

Una lista de medicamentos cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan médico que ofrezca beneficios de medicamentos recetados. También conocido como Lista de Medicamentos.

Fuera de la red

Un proveedor que no tiene contrato con su asegurador o plan médico para proveerle servicios. Pagará más para utilizarlos.

Límite de Gastos de su Bolsillo

Cantidad máxima que usted paga durante el periodo de la póliza (generalmente un año) antes de que su seguro médico comience a pagar el 100% de las cantidades autorizadas. Este límite debe incluir deducibles, coseguros, copagos o cargos similares y cualquier otro gasto necesario de una persona considerado como un gasto médico calificado para los beneficios de salud esenciales. Este límite nunca incluye su prima, facturas de saldos para los proveedores y otros costos compartidos fuera de la red, o gastos médicos para beneficios de salud no esenciales.

El límite máximo de su propio bolsillo para cualquier plan individual del Mercado para el año 2014 no puede ser más de \$6,350 para un plan individual y \$12,700 para un plan familiar. Estas cifras subirán en costo en el 2015.

Preautorización

Una decisión de su seguro o plan de que un servicio, tratamiento, receta o equipo médico es necesario por razones médicas. A veces se le conoce como autorización previa, preautorización o preaprobación. El plan o seguro pueden requerir esta autorización antes de que usted reciba ciertos servicios, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no significa que el seguro o plan cubrirá el servicio o artículo.

Prima

La cantidad que debe pagar a su seguro o plan médico. Usted y/o su empleador usualmente pagan esa cantidad mensualmente, trimestralmente, o anualmente.

Proveedor de Cuidados Primarios

Un médico o doctor en medicina (M.D. en inglés), o doctor en osteopatía (D.O. en inglés), enfermera practicante, enfermera clínica especializada, o asistente médico, autorizado según la ley estatal, que facilita, coordina, o ayuda a un paciente a conseguir un conjunto de servicios médicos.

Red

Los centros, proveedores, y suplidores que ha contratado su seguro o plan médico para facilitar servicios médicos.

Servicios de Emergencia

Evaluación de una condición médica de emergencia y del tratamiento adecuado para evitar que esa condición empeore.

Servicios Excluidos

Servicios médicos que su seguro o plan médico no cubren y no pagan.

Servicios de Prevención

Servicios de salud de rutina que incluyen exámenes, chequeos, y consejos al paciente, para prevenir enfermedades, condiciones, u otros problemas de salud.

ENLACES ÚTILES

Para obtener cobertura

Cómo obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/blog/4-steps-to-getting-covered-in-the-health-insurance-marketplace/>

¿Cuánto costará el seguro médico?

<http://kff.org/interactive/calculadora-de-subsidios/>

¿Qué planes hay disponibles en mi área?

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/find-premium-estimates/>

Póngase en Contacto con su Plan de Seguro

Para llamar al número de teléfono de servicio al cliente de su plan médico

<http://marketplace.cms.gov/getofficialresources/publications-and-articles/contact-health-plan.pdf>

El Valor de la Prevención

Explicación de la prevención y la Ley de Atención Médica Asequible

<https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/contact-health-plan.pdf>

Para Encontrar un Proveedor

Comentarios y calificaciones de proveedores locales

<http://www.healthgrades.com/>

Para Planificar su Primera Visita

Pasos para ayudarlo a planificar su primera visita

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/preguntas/index.html>

Preguntas que Hacerle a su Proveedor

Temas y preguntas de los que hablar con el proveedor durante su visita

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/preguntas/bepreparedsp.html>

Relación de Paciente-Proveedor

La importancia de comunicarse con su proveedor

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/preguntas/index.html>

Rastreo de sus Medicamentos

Guía del paciente y tarjeta de bolsillo para mantener un registro de todos sus Medicamentos

<http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/treatments/safemedsp/yourmedssp.html>

Lista de Verificación Personal

Esta lista de verificación personal tiene algunos de los exámenes y servicios que se recomiendan para usted.
Puede hacer una lista específica para sus necesidades basándose en su edad y sexo.
<http://www.healthfinder.gov/espanol/>

Proteja su Identidad: Mantenga su información personal segura, especialmente su información de salud.

| Examen Preventivo de Salud | Fecha | Resultado |
|---|-------|-----------|
| Altura y Peso _____ | | |
| Índice de Masa Corporal (IMC) _____ | | |
| Presión Arterial _____ | | |
| Colesterol _____ | | |
| Vacunas e Inmunizaciones _____ | | |
| Examen Preventivo de Cáncer Cervical (esto se llama también una Prueba de Papanicolaou) | | |
| Examen Preventivo de Cáncer Colorrectal (colonoscopia) | | |
| Examen Preventivo de Cáncer del Seno (mamografía) | | |
| Otros exámenes preventivos que se me han recomendado | | |

os preventivos más corrientes que usted pueda recibir.

edad, sexo, y estado de embarazo visitando

mente su número del Seguro Social.

| Notas (¿Es bueno o malo este resultado? ¿Qué debo hacer al respecto?) |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

SU INFORMACIÓN IMPORTANTE



Esta Guía le
Pertenece a: _____

Nombre del Plan Médico: _____

Número de Póliza: _____

Numero de Grupo: _____

Número de Teléfono del Plan Médico: _____

Proveedor de Cuidado Primario: _____

Otros Proveedores: _____

Farmacia: _____

Alergia: _____

Contacto de Emergencia: _____

Medicamentos: _____

Otro: _____

Proteja su Identidad: Mantenga segura su información personal, tanto si es en papel, en línea, o en sus computadoras y dispositivos móviles. Guarde y disponga de su información personal con seguridad, especialmente su número del Seguro Social.

Cortar aquí



CMS Product No. 11813-S
Julio de 2014

marketplace.cms.gov/c2c