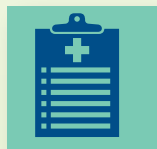
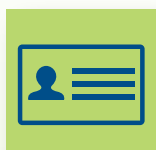




DE LA COBERTURA AL CUIDADO DE SU SALUD

Una Guía para Un Mejor Cuidado y Una Vida Más Saludable



Paso 4 – Encuentre un proveedor



1

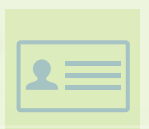


**COMIENCE
AQUÍ**

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.

2



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.

4



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.



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.


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!

Si

8



Próximos pasos después de su cita

- 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.



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.

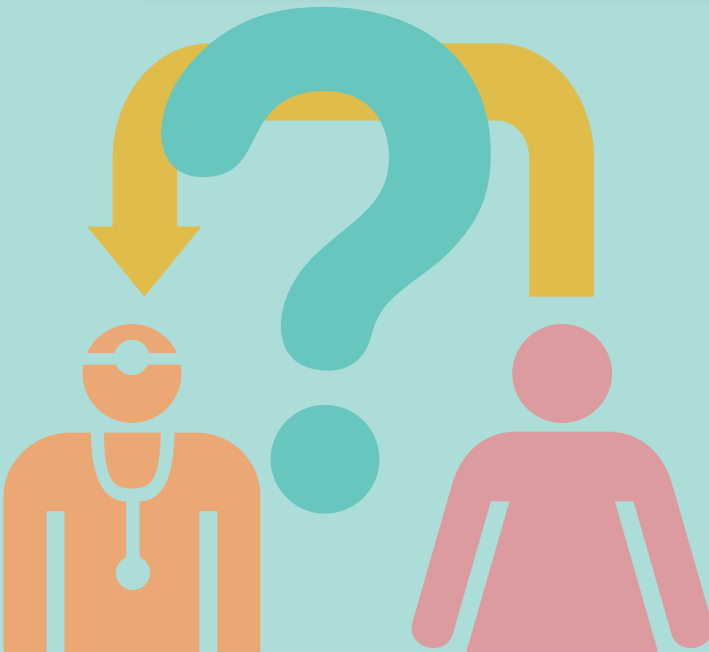
En algunos casos, su plan médico puede asignarle un proveedor. Generalmente, puede cambiar de proveedores si quiere. Póngase en contacto con su plan médico para ver cómo hacerlo.

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.

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.

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. 11841-S
Julio de 2014

go.cms.gov/c2c