

Guía rápida sobre seguros médicos: Planes individuales y patrocinados por el empleador

Los seguros médicos pueden ser desconcertantes. Para comprender sus opciones y encontrar una cobertura adecuada para usted, hay ciertos aspectos básicos sobre los seguros médicos que son útil conocer.

Tipos de planes de seguros médicos:

Hay dos sistemas principales de pago cuando recibe atención médica:



- **Pago por servicio:** el proveedor de atención médica recibe un pago por cada servicio prestado. Con estos planes, puede consultar a cualquier proveedor que tenga disponibilidad para atenderlo. Usted paga una parte de la atención y la aseguradora paga el resto.
- **Atención administrada:** proveedores de atención médica que tienen un contrato con la compañía de seguro médico para ser parte de su red. Si consulta a un proveedor dentro de la red, el proveedor ha acordado tarifas de pago específicas para atenderlo (es decir, un monto aprobado). Sin importar el monto facturado por el proveedor, el "monto aprobado" es lo que determinará el costo final. Por lo general, usted paga una parte del monto aprobado, según su plan.

Tipos comunes de planes de atención administrada

- **Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO):** sus servicios de atención médica comienzan con su médico de atención primaria, y generalmente se necesita una remisión para consultar a otros proveedores de atención médica, excepto en una emergencia. Por ejemplo, si tiene un sarpullido, primero debe consultar a su médico de atención primaria. Si es necesario, ese médico lo remitirá a un dermatólogo dentro de su red. Generalmente, las HMO tienen redes de proveedores más pequeñas, y no brindarán cobertura para proveedores fuera de la red. Aunque tenga menos opciones de proveedores, el costo de las HMO suele ser más bajo.
- **Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO):** en general, no es necesario que consulte primero a su médico de atención primaria. Comúnmente, las EPO incluyen redes de proveedores más grandes que las HMO, pero no pagan por ningún servicio obtenido fuera de la red.
- **Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO):** en general, no es necesario que consulte primero a su médico de atención primaria. Aunque la mayoría de las PPO brinda cierto grado de cobertura fuera de la red, permanecer dentro de la red implica que los costos que paga de su bolsillo serán más bajos. Las PPO suelen tener un costo más alto que las HMO, pero le otorgan más opciones y control.

Al elegir un plan, debe tener en cuenta sus necesidades personales y las opciones disponibles en su área.

Términos del seguro médico:

Hay algunos otros términos relacionados con el seguro médico que debe comprender.

- **Prima mensual:** lo que paga por mes por su cobertura. Usted paga estos costos incluso si no recibe atención médica. Se asemeja a pagar el seguro del auto durante todo el año, pero no presentar nunca un reclamo.

También hay costos que debe pagar cuando reciba atención médica, llamados con frecuencia "costos que paga de su bolsillo." El monto específico de estos costos dependerá de su plan.

- **Deducible anual:** el monto que tiene que pagar de su bolsillo anualmente antes de que su póliza de seguro entre en vigencia. Este monto fijo en dólares puede ser \$500 o \$5,000. Algunos planes tienen un deducible de \$0.
- **Copago:** un monto fijo en dólares que paga cuando recibe atención médica. Por ejemplo, cuando asiste al consultorio del médico, puede tener un copago de \$20. Si asiste a una consulta con un especialista, puede tener un copago de \$40. Por lo general, el copago se paga en el momento de recibir la atención.

Términos del seguro médico (continuación):

- Coseguro (conocido como costo compartido): una diferencia porcentual entre lo que paga la compañía de seguros por sus gastos médicos y lo que usted paga. Por ejemplo, si tiene un plan 80/20, la compañía de seguros paga el 80% de sus gastos médicos y usted es responsable del 20% después de pagar el deducible.
- Máximo que paga de su bolsillo: un monto fijo en dólares que es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus gastos médicos durante el año. El máximo que paga de su bolsillo dependerá de su plan. Es muy importante averiguarlo. En general, usted alcanza el máximo que paga de su bolsillo con el deducible, más los copagos que tenga durante el año, además de los pagos de coseguro. Por lo tanto, es todo lo que paga, excepto las primas mensuales. Cuando alcanza el máximo que paga de su bolsillo, la aseguradora paga el 100% de sus gastos médicos durante el resto del año. La mayoría de las compañías de seguro solamente considera los gastos como parte del máximo que paga de su bolsillo si son de proveedores de la red. Además, algunos planes patrocinados por el empleador pueden quitar gastos del máximo que paga de su bolsillo (p. ej., los copagos no se consideran parte del máximo que paga de su bolsillo).

Ejemplo de máximo que paga de su bolsillo:

Mark tuvo un accidente. Acudió a la sala de emergencia y luego permaneció una semana en un hospital que está dentro de la red de su plan. Mark recibió una factura del hospital por \$102,000. Su plan de seguro médico tiene un copago para sala de emergencia de \$250, un deducible de \$2,000, un coseguro de 80/20 y un máximo que paga de su bolsillo de \$4,000. ¿Cuánto es lo que Mark debe pagar en realidad?

- Mark paga el copago de \$250 en el momento de su visita a la sala de emergencia, lo que deja un saldo de \$101,750.
- Luego, debe pagar el resto de su deducible de \$2,000 ($\$2,000 - \$250 = \$1,750$), lo que deja un saldo de \$100,000.
- Más tarde, la aseguradora pagará el 80% de la factura y Mark será responsable del 20% de \$100,000, que es \$20,000.
- Pero el máximo que paga de su bolsillo de su plan es de \$4,000. Dado que ya pagó su deducible de \$2,000, Mark solamente deberá pagar \$2,000 más para alcanzar el máximo que paga de su bolsillo de \$4,000, mientras que la compañía de seguros pagará el resto.



Términos sobre los medicamentos con receta:

Hay otros términos que le serán útiles para entender la cobertura de medicamentos con receta:

- Medicamentos de marca: un medicamento con receta con un nombre específico de la compañía que lo vende. En algún momento, por lo general luego de que una patente se venza, puede estar disponible una versión genérica del medicamento que otras compañías pueden comercializar.
- Medicamentos genéricos: un medicamento con receta que contiene la misma sustancia química que el medicamento de marca.
- Medicamentos especializados: medicamentos con receta que tienen un costo alto, son de alta complejidad o que deben personalizarse. Muchos de los medicamentos para el cáncer se consideran medicamentos especializados.
- Formulario: una lista de medicamentos con receta que un plan médico cubrirá y los montos cubiertos. Entender y usar el formulario de un plan le ayudará a ahorrar dinero en los medicamentos. Algunos planes tienen formularios con dos o más niveles de costos, conocidos como niveles. Un medicamento en un nivel superior tendrá costos que paga de su bolsillo más altos. El nivel más alto en la mayoría de los formularios es el nivel de "especialidad", que incluye muchos medicamentos para el cáncer. Los montos de copago y coseguro dependerán del nivel del medicamento con receta que tome. Por ejemplo, un medicamento del nivel 1 puede tener un copago de \$10, mientras que un medicamento especializado del nivel 5 puede tener un coseguro del 30%.
- Tratamiento escalonado: cuando una compañía de seguros requiere que los pacientes prueben un medicamento genérico o de costo más bajo antes de obtener un medicamento de marca o más costoso. Si el medicamento de costo más bajo no es eficaz o le provoca una reacción adversa, el paciente tendría permiso para "avanzar" a otro medicamento. Si su compañía de seguros utiliza el tratamiento escalonado, es importante trabajar con su equipo de atención médica para demostrar que un medicamento específico es necesario médicamente en su caso y el motivo por el cual la compañía debería hacer una excepción en su proceso.

- En general, si un medicamento no aparece en el formulario, la compañía de seguros no lo cubrirá. Sin embargo, puede completar una apelación llamada “solicitud de excepción” sobre la base de una necesidad médica. Existen distintos tipos de solicitudes de excepción:
 - Excepción de medicamento no incluido en el formulario: una solicitud de cobertura para un medicamento que no figura en el formulario.
 - Excepción de nivel: una solicitud para considerar un medicamento como si fuera de un nivel más bajo y, de esta forma, reducir los costos que paga de su bolsillo.
 - Excepción de marca: una solicitud para cubrir un medicamento de marca de costo más alto, incluso si hay un medicamento genérico disponible.

En general, una vez recibida la solicitud de excepción, debe tomarse una decisión en el plazo de 48 horas para los casos no urgentes y 24 horas para los casos urgentes.

Algunas pólizas de seguro médico tienen deducibles y máximos que paga de su bolsillo separados para los medicamentos con receta. Si su plan tiene estos montos separados, tendrá que alcanzar los deducibles para su atención médica y los medicamentos con receta antes de que la póliza de seguro médico comience a pagar su parte del coseguro para cada tipo de atención.

Ejemplo del costo de medicamentos con receta:

Plan de Noah: Deducible = \$1,000; copago = \$50; coseguro = 70/30; máximo que paga de su bolsillo = \$1,500

Si Noah tiene una receta para un medicamento con un costo de \$10,000, ¿cuánto debe pagar?

- Su copago de \$50: $\$10,000 - \$50 = \$9,950$ de saldo
- Su deducible restante de \$950: $\$9,950 - \$950 = \$9,000$ de saldo
- Su coseguro del 30%: el 30% de \$9,000, que equivale a \$2,700

Pero el máximo que paga de su bolsillo es solamente de \$1,500. Por lo tanto, luego de pagar el copago de \$50 y el saldo de \$950 del deducible, ya pagó \$1,000 de su bolsillo y solamente debe pagar otros \$500 del monto del coseguro de \$2,700 para alcanzar el máximo que paga de su bolsillo de \$1,500. Su plan se hará cargo del resto de los costos.

- ¿Qué debe pagar Noah el mes siguiente por su receta? \$0

Tipos de farmacias:

Existen distintos tipos de farmacias que pueden estar cubiertas por su plan:

- Farmacias minoristas: por lo general, un lugar físico en el que obtiene sus medicamentos con receta.
- Farmacias de pedido por correo: algunas farmacias minoristas también proporcionan beneficios de pedido por correo para recibir sus medicamentos con receta por correo. Algunos planes médicos requieren que obtenga su medicamento con receta mediante un servicio de pedido por correo para las recetas persistentes (p. ej., un medicamento que tomará por más de 2 o 3 meses).
- Farmacias especializadas: farmacias que proporcionan medicamentos especializados.

Consejos para reducir el costo de los medicamentos:

- Entienda la cobertura de medicamentos con receta de su plan:
 - ¿Su plan requiere que obtenga los medicamentos de una farmacia dentro de la red?
 - ¿Su plan le cobra menos si utiliza una farmacia de pedido por correo?
- Comprenda las leyes de su estado:
 - ¿Su estado tiene un límite para los costos que paga de su bolsillo para tipos específicos de medicamentos (p. ej., leyes de paridad para la quimioterapia oral)? Para obtener más información, visite [TriageCancer.org/StateLaws](https://www.TriageCancer.org/StateLaws).
 - ¿Su estado tiene Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP)? Para obtener más información, visite www.medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program?lang=es.
- Comprenda los diferentes tipos de ayuda que proporcionan las compañías farmacéuticas. Las compañías que fabrican sus medicamentos pueden proporcionarle ayuda para comprender su cobertura de seguro. Muchas también ofrecen recursos de asistencia financiera, como asistencia con los copagos o medicamentos gratuitos para los pacientes elegibles.
 - Visite Cancer Finances, una herramienta interactiva para conocer las finanzas: [CancerFinances.org](https://www.CancerFinances.org) (en inglés).

Aspectos para tener en cuenta al elegir un plan de seguro médico:

Encontrar el plan de seguro médico adecuado puede resultar abrumador. Hay algunos puntos clave que se deben tener en cuenta al elegir un plan de seguro médico:

- ¿Cuál será el costo realmente del plan?
- ¿Mis proveedores y centros de atención médica están incluidos en la red del plan?
- ¿El plan cubre mis medicamentos con receta y las farmacias que uso?

Cuando se comparan los planes, puede ser tentador elegir directamente el que tenga la prima mensual más baja. Sin embargo, para calcular el costo total del año, incluidos los gastos que paga de su bolsillo, es necesario hacer algunas cuentas:

(Prima mensual del plan x 12 meses) + Máximo que paga de su bolsillo del plan = Costo total anual

Ejemplo sobre cómo elegir un plan:

- El Plan A es una HMO con una prima mensual de \$25, un deducible anual de \$2,500, un coseguro de 70/30 y un máximo que paga de su bolsillo de \$7,000.
- El Plan B es una PPO con una prima mensual de \$100, un deducible de \$1,500, un coseguro de 80/20 y un máximo que paga de su bolsillo de \$4,000.

A primera vista, puede parecer que el Plan A es menos costoso porque tiene una prima mensual más baja. Pero es necesario hacer algunas cuentas.

- Plan A: (prima de \$25 x 12 meses = \$300) + máximo que paga de su bolsillo de \$7,000 = Costo total de \$7,300.
- Plan B: (prima de \$100 x 12 meses = \$1,200) + máximo que paga de su bolsillo de \$4,000 = Costo total de \$5,200.

Después de hacer las cuentas, en realidad, el Plan B es el más accesible si sus gastos médicos alcanzan el máximo que paga de su bolsillo.



También debe consultar si sus proveedores y los centros de atención médica están dentro de la red del plan. Luego, consulte si el plan cubre algunos de los medicamentos con receta que toma.

Puede encontrar más recursos sobre Opciones de seguros médicos y Cómo elegir un plan:

- Recursos sobre seguro médico de Triage Cancer: [TriageCancer.org/espanol#seguromedico](https://www.triagecancer.org/espanol#seguromedico)
- Video animado: [TriageCancer.org/video-informaciondesegurodesalud](https://www.triagecancer.org/video-informaciondesegurodesalud)
- Video animado: [TriageCancer.org/video-elegirunplan](https://www.triagecancer.org/video-elegirunplan)
- Guía rápida sobre opciones de seguros médicos: [TriageCancer.org/GuíaRápida-opcionesdesegurosmedicos](https://www.triagecancer.org/GuíaRápida-opcionesdesegurosmedicos)
- Hoja de trabajo de comparación de seguros médicos: [TriageCancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos](https://www.triagecancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos)

Cuando su plan de seguro dice que no:

En algún momento de su tratamiento para el cáncer, una aseguradora puede denegarle la cobertura, ya sea para ecografías, medicamentos con receta, procedimientos o pruebas genéticas. La mayoría acepta una respuesta negativa. Sin embargo, aquellos que no aceptan una denegación y presentan una apelación pueden llegar a ganar y obtener la cobertura para la atención recomendada por su equipo de atención médica.

Para obtener más información sobre cómo apelar la denegación de un reclamo, lea la Guía rápida para las apelaciones de seguros individuales y patrocinados por el empleador en

[TriageCancer.org/GuíaRápida-apelaciones](https://www.triagecancer.org/GuíaRápida-apelaciones);

o bien, mire [TriageCancer.org/SeminarioWeb-SegurodeSalud](https://www.triagecancer.org/SeminarioWeb-SegurodeSalud).

**Esta Guía rápida se desarrolló
en colaboración con:**



PP-ONC-USA-1513-01