

Ofrecido a usted por el Estado de Oregon

Usando su seguro de salud

Tome el siguiente paso

El Estado de Oregon trabaja con CuidadoDeSalud.gov para ayudar a los habitantes de Oregon a obtener cobertura en el cuidado de salud.

¿Tiene problemas con su seguro de salud?

Si tiene problemas después de registrarse para seguro de salud, póngase en contacto con la División de Regulación Financiera de Oregon.

Visite go.usa.gov/xUzRF
Llame gratis al 888-877-4894
Correo electrónico DFR.
InsuranceHelp@oregon.gov

Otros idiomas o formatos?

Llame gratis al 855-268-3767 de lunes a viernes entre las 8 a.m. y 5 p.m. para pedir esta información en inglés, Русский, Tiếng Việt, 汉语, 漢語, u otro formato.



Una guía paso a paso para entender su seguro de salud



OREGON HEALTH INSURANCE
MARKETPLACE

OREGONHEALTHCARE.GOV

440-5079s (08/19/HIM)

Tomó el primer paso para mejorar su salud al inscribirse en un plan de seguro de salud. Éste es el mejor momento para hacer preguntas y tomar medidas, así sabrá como usar su seguro cuando esté enfermo.

Esta es una guía básica para ayudarle a entender su plan de seguro y saber qué hacer cuando tiene preguntas.

Comprenda su cobertura

Una vez que se registra para seguro de salud y paga la prima del primer mes (antes de la fecha efectiva de cobertura) su compañía de seguros deberá enviarle un paquete informativo el cual incluirá:

1. **Un resumen de sus beneficios y cobertura:** Un documento que explicará las características principales de su plan, tales como lo que está y no está cubierto. Familiarícese con sus costos (primas, copagos, deducibles, y coseguro).
2. **Tarjeta de seguro u otro documento:** Esta es su prueba de seguro con la información que los proveedores médicos necesitan para proveer servicios. Su tarjeta o documento pueden lucir diferente al ejemplo de tarjeta que se muestra a continuación, pero contendrá la misma información.

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO

Tipo de plan	Nombre: Jane Doe
fecha de entrada en vigor	Número: XXX-XX-XXX
Número de grupo para prescripciones XXXXX	Número de grupo: XXXXX-XXX
Copago de prescripciones	Copago por médico primario \$15.00
\$15.00 medicinas genéricas	Copago por especialista \$25.00
\$20.00 no-genéricas	Copago por sala de emergencia \$75.00
	Servicio al cliente 1-800-XXX-XXXX

Prepárese para su cuidado de salud

Prepárese para usar su seguro de salud haciendo lo siguiente:

Encuentre un proveedor:

- Llame a su compañía de seguros, visite el sitio web de la compañía de seguros, o revise el directorio de proveedores en su red en el manual del cliente. Los proveedores pueden cambiar, asegúrese de volver a consultar con su compañía de seguros.
- Una vez que encuentre un proveedor, asegúrese con su compañía de seguros si necesita autorización antes de hacer una cita.

Haga una cita:

- Llame para hacer una cita. Diga que está buscando un nuevo proveedor de cuidados primarios y pida una cita para un examen físico anual o una visita para bienestar de la salud.

Comparta información con el proveedor

- Durante la cita con el proveedor comparta toda la historia médica de su familia, la lista de medicamentos que toma y las preguntas e inquietudes que tenga acerca de su salud.

Decidir si el proveedor es el adecuado para usted:

- Debe tener un proveedor con el cual pueda hablar y sentirse cómodo. Si después de la primera visita algo le preocupa acerca de su proveedor puede decidir si quiere continuar recibiendo sus servicios o buscar otro proveedor dentro de la red.

Planee los siguientes pasos:

- Es importante seguir las recomendaciones del proveedor. Por ejemplo, si se le recomienda consultar con un especialista, siga las indicaciones y haga la cita.

Comprenda la facturación de su seguro

Usted y su compañía de seguros comparten los costos por el cuidado médico cubierto en su plan. Llame al servicio al cliente de su plan de salud para saber los detalles o para un resumen de sus beneficios.

Como funciona normalmente un seguro de salud:

1. Debe presentar con su proveedor su tarjeta de seguro al momento de buscar atención médica.
2. Debe pagar al proveedor el copago requerido por su plan.
3. Usualmente el proveedor envía las facturas a la compañía de seguros.
4. La compañía de seguros le enviará una Explicación de Beneficios (EOB). Esta es una explicación de todos los cargos por su visita. Aquí se lista cuanto cobró el proveedor médico, la cantidad máxima que la compañía de seguros permite por dicho servicio, cuanto pagó la compañía de seguros, y cuanto debe pagar. Una EOB NO ES UNA FACTURA.
5. El proveedor le enviará la factura por separado. Debe pagar la parte que le corresponde.

Conozca sus derechos

Después de revisar su EOB, posiblemente tendrá preguntas en cuanto a los detalles de la factura o pensará que ciertos servicios debían haber sido cubiertos por su plan de seguros. Puede presentar una queja, es posible que esos servicios puedan ser cubiertos.

Puede ponerse en contacto directamente con su compañía de seguros. Las compañías de seguro tienen centros de atención para asistir al cliente. Este número se encuentra en su tarjeta de seguro o en el manual del cliente de su plan.

Si tiene preguntas adicionales acerca de sus derechos, quiere una segunda opinión, o necesita ayuda para entender algo más acerca de las facturas o cobertura de seguro, puede llamar a la sección de servicio al cliente De la División de Reglamento Financiero para hablar con un representante del consumidor. Llame gratis al: 1-888-877-4894.

También puede enviar un correo electrónico a: DFR.InsuranceHelp@oregon.gov o buscar consejos en go.usa.gov/xUzRJ.



Glosario de términos usados: Términos que podrá encontrar en el resumen de beneficios o cuando busque servicios médicos.

Coseguro (co-insurance): Es la parte que debe pagar por el servicio de cuidado de salud cubierto, esta cantidad es calculada como un porcentaje del costo permitido por un servicio. Pagará el coseguro más cualquier deducible que deba.

Copago (co-payment): Una cantidad que puede ser requerida que pague por un servicio o suministro médico, tal como una cita médica. Un copago es usualmente una cantidad establecida no un porcentaje.

Deducible (deductible): La cantidad que paga por servicios de cuidado de salud antes de que su seguro de salud empiece a pagar por beneficios durante el año. No todos los gastos de bolsillo que

paga cuentan como parte del deducible. Los planes varían, lea el resumen de beneficios y cobertura.

Red (network): La red está formada por los proveedores, suministradores, y establecimientos médicos con los que su compañía de seguros ha contratado para proveer servicios para el cuidado de salud. Póngase en contacto con su compañía de seguros para saber qué proveedores están “dentro de la red” (in-network). Puede costarle más recibir los servicios de un proveedor “fuera de la red” (out-of-network).

Gasto máximo de bolsillo (out-of-pocket maximum): La cantidad máxima que paga durante la vigencia de la póliza (usualmente un año) antes de que su plan empiece a pagar 100% de los beneficios de salud esenciales cubiertos dentro de la red. Este límite incluye deducibles, coseguros, copagos y cualquier otro gasto que debe pagar el asegurado por un gasto médico calificado. El gasto máximo de bolsillo para planes de seguro individual en el Mercado de Seguros Médicos en 2020 no puede ser más de \$8,150 para un plan individual o \$16,300 para un plan familiar.

Prima (Premium): La cantidad que paga por su seguro o plan de seguro de salud. Usualmente debe pagar mensual o trimestralmente. Este pago no cuenta como parte de su deducible, su copago, o su coseguro. Si no paga su prima puede perder su cobertura.

Servicios Preventivos (preventive services): Cuidados de salud de rutina, incluyendo exámenes de detección, revisiones y asesoría al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.