

# Seguro

cómo funciona un  
seguro





## por qué los seguros de salud son importantes

El seguro de salud es una de las mejores maneras en las que puede protegerse y proteger a su familia si se enferma o se lesiona y necesita atención médica. También lo ayuda a obtener la asistencia médica u odontológica regular que necesita para mantenerse saludable. Con un seguro de salud, no es necesario postergar exámenes médicos, usar la sala de emergencias para las necesidades de salud de todos los días ni acudir a clínicas de salud comunitarias que tienen largos tiempos de espera. Puede cuidar su salud hoy mismo, en lugar de esperar a tener una emergencia. Gracias a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), millones de personas pueden tener un seguro de salud.

La ACA también establece que todos los habitantes de los Estados Unidos deben tener un seguro de salud. Si no lo compra, quizá tenga que pagar más en sus impuestos como penalidad.

# ¿Qué es el seguro de salud?

El seguro de salud es un contrato firmado con una compañía de seguros de salud que le exige a la compañía pagar parte de sus costos de cuidado de la salud.

Eso no significa que pagará todo. Usted aún es responsable de pagar algunos costos, como las primas mensuales y los copagos cuando visita un médico.

Con el seguro de salud, puede visitar un médico cuando lo necesite, ya sea para exámenes regulares o cuando está enfermo.

## **Ahora puede comprar un seguro de salud a través del Mercado de seguros de salud.**

El Mercado de seguros de salud (también llamado Intercambios de salud en algunos estados) es una nueva manera de ayudarlo a buscar y comprar seguros. El seguro cubre más de sus necesidades médicas, incluidas visitas al médico, para ayudarlo a mantenerse saludable.

Puede ser más asequible y ofrecer diferentes planes entre los cuales elegir según el tipo de cuidado médico que cree que necesitará. También podría calificar para créditos impositivos del gobierno que podrían hacer que su seguro de salud sea menos costoso.

Las personas que tienen un seguro de salud pueden cuidar mejor su salud. Pueden pagar cheques, de modo que las pequeñas afecciones de salud no se convierten en grandes problemas. Con un seguro de salud, no tiene que asistir a clínicas comunitarias repletas de gente, ni esperar mucho tiempo para recibir cuidado médico. Puede obtener cuidado de mejor calidad, de manera más rápida.

¿Tiene preguntas sobre sus opciones de seguro? Puede buscar asistencia en su lugar de residencia, en el sitio web del Mercado de seguros, en:

[www.localhelphealthcare.gov](http://www.localhelphealthcare.gov)





Si usted o alguien que conoce tiene preguntas sobre el Mercado de seguros, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma, sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

## Programas de seguro de salud

Existen diferentes tipos de programas para los que la gente puede ser elegible. Muchas personas reciben seguro de salud a través de su empleo, como beneficio. Es probable que paguen un pequeño monto cada mes por su seguro, o no, según la compañía para la que trabajen. Otras personas reciben Medicaid, que es el seguro de su estado. También existen otros programas de seguro de salud, como Medicare, que es para adultos mayores de 65 años, o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), que es específicamente para niños. Estos programas tienen requisitos especiales.

Las personas que no obtienen seguro a través de su empleo, Medicaid, Medicare o CHIP tienen que comprarlo por su cuenta. Solía ser muy costoso y, a veces, no alcanzaba para cubrir el costo de la atención.

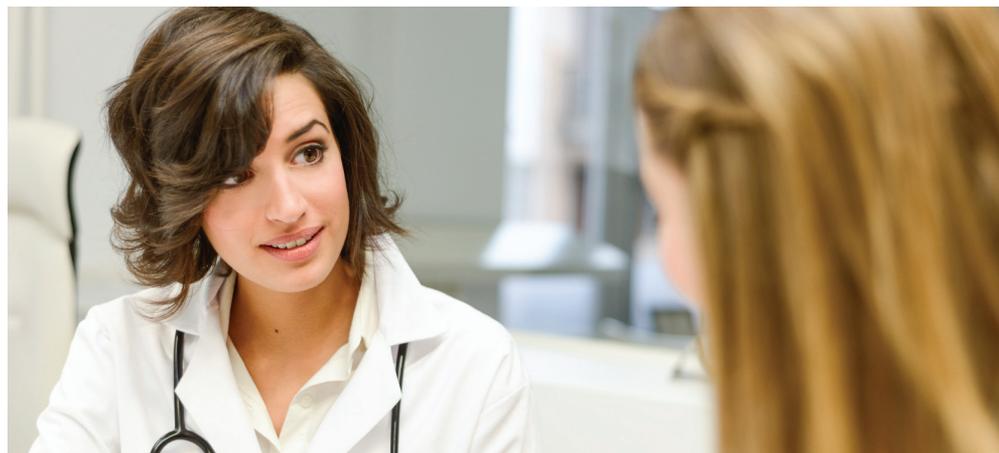
SEGURO DE SALUD  
A TRAVÉS DEL EMPLEO

MEDICAID

MEDICARE

PROGRAMAS DE SEGURO DE SALUD  
PARA NIÑOS

SEGURO DE SALUD QUE COMPRA POR  
SU CUENTA



## Qué cambió en los seguros de salud

La ACA cambió la manera en la que funciona el seguro de salud. Los siguientes son algunos de los cambios:

- Los padres pueden tener a sus hijos en sus planes de seguro de salud hasta que tienen 26 años.
- Las compañías de seguros no pueden rechazar a las personas que ya tienen afecciones médicas, que frecuentemente se denominan «afecciones preexistentes». Anteriormente, una compañía podía decidir no asegurar a alguien porque tenía una afección médica como diabetes o cáncer. *Actualmente, todas las personas deben ser aceptadas.*
- Las compañías de seguros no pueden cancelar los planes de seguro de las personas si se enferman.
- Las compañías de seguro no pueden establecer un límite para la cantidad de facturas médicas que le pagarán a alguien como parte de su plan de seguro.
- La atención preventiva ahora es gratis. Su seguro no puede cobrarle visitas a un médico para bebés, vacunas, chequeos anuales, exámenes y otros tipos de cuidado que lo ayudan a mantenerse saludable.
- Puede comprar su seguro en el Mercado de seguros de salud. Anteriormente, si su empleo no le otorgaba seguro de salud, tenía que comprarlo por su cuenta, y era muy costoso.
- Los planes de seguro de salud ahora tienen que cubrir un cierto monto para atención. Anteriormente, cada compañía tomaba sus propias decisiones sobre lo que pagaría y hasta qué monto.

Todos los años, habrá un período de inscripción abierta para que los individuos se inscriban para recibir seguro de salud. Obtenga más información en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## Beneficios esenciales de salud

La ACA también garantiza que todos los planes de seguro de salud ofrezcan los siguientes beneficios, conocidos como beneficios de salud esenciales. Todos los planes de seguro de salud ahora deben brindarle, al menos, los siguientes beneficios:

- atención que recibe sin ser hospitalizado (conocida como servicios para pacientes ambulatorios)
- cuidado en salas de emergencia
- cuidado de hospital
- cuidado durante el embarazo y para recién nacidos
- cuidado para la salud mental y el uso de sustancias
- medicamentos recetados
- servicios y dispositivos de rehabilitación
- servicios de laboratorio
- servicios preventivos y de bienestar y tratamiento de enfermedades crónicas
- servicios pediátricos, incluido cuidado odontológico y oftalmológico.



## Cuidado preventivo

El cuidado preventivo significa cuidado que lo ayuda a mantenerse saludable. Se trata de servicios que previenen enfermedades. También es mejor para su salud y para que disfrute su vida. Nadie quiere enfermarse.

Por lo tanto, la ACA tiene una regla que estipula que el seguro de salud siempre debe incluir cuidado preventivo gratis.

Un buen ejemplo de cuidado preventivo son las vacunas. Cuando recibe la vacuna contra la gripe durante la temporada de gripe, significa que no contraerá dicha enfermedad, o le afectará menos si la contrae.

Dado que las vacunas se consideran cuidado preventivo, su seguro de salud pagará el 100 % del costo, de modo que las vacunas son gratis.

Los siguientes son otros tipos de cuidados preventivos:

- **EXÁMENES.** Exámenes para verificar si una persona tiene presión sanguínea alta, depresión u otros problemas de salud. Si se detectan en forma temprana, el tratamiento es fácil y es probable que funcione mejor.
- **SALUD INFANTIL.** Servicios de salud para niños, como los exámenes para detectar autismo, examinar la audición en bebés recién nacidos y la visión en niños a medida que crecen, y administración de vacunas.
- **SALUD DE LA MUJER.** Servicios de la salud para mujeres, como mamografías, exámenes de cáncer cervical y control de la natalidad.
- **SALUD DEL HOMBRE.** Servicios de salud para hombres, como exámenes de cáncer de colon y para el uso de aspirina para evitar enfermedades cardíacas.

## Primas y copagos

Las primas y los copagos son dos tipos diferentes de costos que son parte de tener un seguro de salud y recibir atención médica.

**UNA PRIMA** es la cantidad que paga todos los meses a su compañía de seguro para tener tal seguro. Cuando compra un seguro para su automóvil, por ejemplo, le paga a la compañía de seguro todos los meses, y el seguro es el mismo. Si no paga la prima de su seguro de salud, el seguro se cancelará.

**UN COPAGO** es un monto fijo de dinero que tiene que pagar cada vez que necesita atención médica, por ejemplo, si visita un médico, se realiza

pruebas de laboratorio o acude a un hospital. Los diferentes planes tienen diferentes copagos. Algunos no tienen ningún copago, mientras que, en otros casos, tiene que pagar \$10 o \$25. Para visitas de laboratorio, otras pruebas, visitas a la sala de emergencia u hospitalizaciones, siempre habrá copagos.

Cuando elige qué plan de seguro desea comprar, parte de su elección se trata de si desea una prima o copago mensual bajo o alto. Cada persona o familia decide qué plan es mejor para su situación según la frecuencia con la que creen que necesitarán atención médica.

### PAGAR SU FACTURA DE PRIMA MENSUAL EN EL HOGAR



### PAGAR UN COPAGO EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO



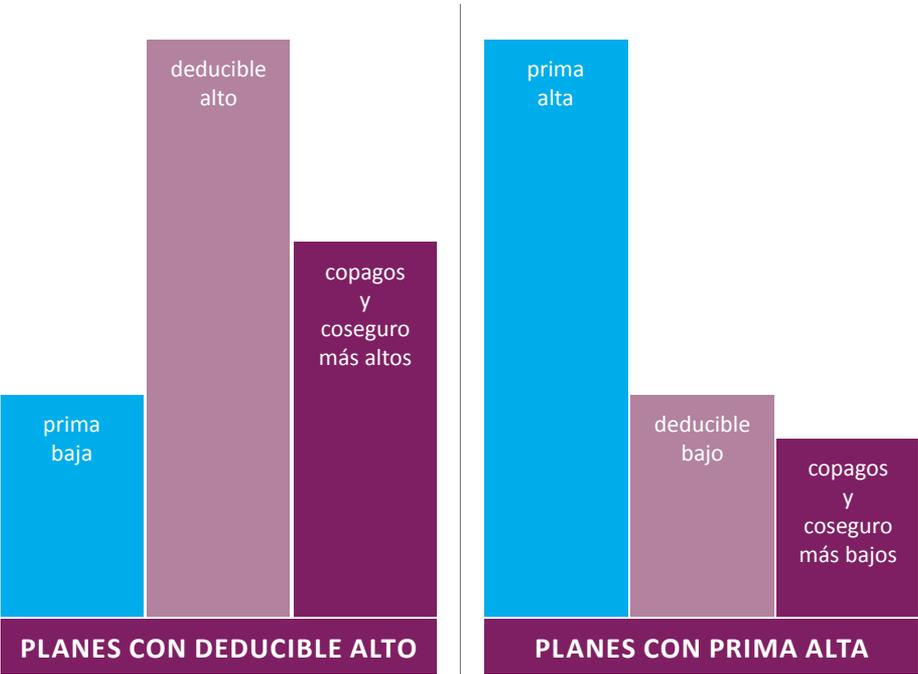
# Deducibles y coseguro

## DEDUCIBLES

Algunos planes de seguro tienen un deducible. Es un monto fijo de dinero que debe pagar antes de que la compañía de seguro comience a pagar ciertos servicios. Cuando tiene un deducible alto, su prima del seguro de salud (su factura mensual para el seguro de salud) es generalmente más baja. Algunas personas optan por un deducible alto si creen que no necesitarán mucha atención médica, porque sus copagos mensuales son más bajos. Cuando llega a su deducible para el año, su compañía de seguro puede pagar una parte más grande de sus costos de atención médica. El siguiente gráfico lo ayudará a comprender esto mejor.

## COSEGURO

Según cuál sea su plan, su seguro podría pagar solo un porcentaje o parte del costo de su atención médica. Por ejemplo, si su seguro paga el 80 % de los costos de una radiografía y esta sale \$100, su seguro pagará \$80 y usted pagará \$20. Algunas personas optan por pagar más en su prima mensual y tener costos de coseguro más bajos o ningún coseguro.



## Cómo funcionan los deducibles

Para comprender cómo funcionan los deducibles, presentamos un ejemplo de una persona llamada John. John tiene un deducible de \$500. Antes de que el seguro de John pague el 100 % de algún servicio, John tendrá que pagar \$500 de su bolsillo.



\$500
Deducible
— \$500
— \$100
— \$400
— \$125
— \$275
— \$275
0

### PRIMERA VISITA AL MÉDICO

John debe pagar \$100 por radiografías. Aún le quedan \$400 en su deducible.

### SEGUNDA VISITA AL MÉDICO

John paga un copago de \$20 (no aplica a su deducible).

### TERCERA VISITA AL MÉDICO

John se saca sangre para pruebas y paga \$125.

### CUARTA VISITA AL MÉDICO

John tiene una emergencia y paga \$275 en la sala de emergencias.

### EL DEDUCIBLE ES AHORA CERO

Cuando John pague todo su deducible, ciertos servicios estarán cubiertos al 100 %. Por ejemplo, si tiene que tomarse otra radiografía, no la pagará.

Cada plan es diferente, de modo que es importante revisar todos los detalles.

# Cómo funcionan los máximos de bolsillo

Cada plan de seguro tiene un máximo de bolsillo, un límite para la cantidad que usted debe pagar por cuidado de salud en un año. Después de que alcanza el máximo, ya no tiene que pagar esa parte de los costos. El siguiente ejemplo puede ayudarlo a comprender esto mejor.



**\$1.000**  
Máximo de bolsillo

0
+ \$100
<hr/>
\$100
+ \$20
<hr/>
\$120
+ \$125
<hr/>
\$245
+ \$275
<hr/>
\$520
+ \$480
<hr/>
<b>\$1.000</b>

## ANTES DEL PRIMER GASTO

Al comienzo del año, John no ha gastado nada para su máximo de bolsillo de \$1.000.

## PRIMERA VISITA AL MÉDICO

John debe pagar \$100 por radiografías.

## SEGUNDA VISITA AL MÉDICO

John paga un copago de \$20.

## TERCERA VISITA AL MÉDICO

John se saca sangre para pruebas y paga \$125.

## CUARTA VISITA AL MÉDICO

John tiene una emergencia y paga \$275 en la sala de emergencias.

## QUINTA VISITA AL MÉDICO

John es hospitalizado. Sus facturas suman más de \$10.000, pero solo paga \$480 porque ha llegado a su máximo de bolsillo de \$1.000.

## Redes

Su compañía de seguro de salud trabaja con un grupo de médicos, hospitales, farmacias y laboratorios. Tiene un acuerdo sobre cuánto cobrar, y puede estar en un área de su estado o en los estados de los alrededores. Este grupo se denomina «red».

### VISITAR PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD EN LA RED

Cuando se inscribe en una compañía de seguro de salud, se recomienda que visite proveedores de cuidado de la salud que sean parte de la red de esa compañía de seguro. Eso significa que aceptan su plan de seguro. Si desea obtener atención médica fuera de esa red, es probable que tenga que pagarla por su cuenta. Por eso, si ya tiene un médico, hospital o proveedor médico que desee usar, debería asegurarse de que forme parte de la red de la compañía de seguro de salud antes de elegir ese plan.

### VISITAR PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Algunos planes de seguro permiten visitar proveedores fuera de la red mediante el pago de un monto mayor por la cita, pero usted es quien debe verificar si su médico acepta su seguro. La siguiente página brinda más información sobre los diferentes tipos de planes de seguro de salud disponibles.



# Tipos de planes de seguro de salud

## HMO

(*Health Maintenance Organization* Organización de mantenimiento de la salud)

y

## EPO

(*Exclusive Provider Organization* Organización de proveedores exclusivos)

Cuando elige un plan de seguro HMO o EPO, su seguro solo pagará los médicos, hospitales y otro tipo de atención si son parte de su red de plan de seguro. Si desea usar un médico u hospital diferente, deberá pagarlo por su cuenta.

A diferencia de las EPO, las HMO también exigen que su médico principal lo derive para visitar a un especialista, como un endocrinólogo o terapeuta.

## PPO

(*Preferred Provider Organization* Organización de proveedores preferidos)

y

**POS** (*Point-of-Service Plan* Plan de punto de servicio)

Con estos planes, usted puede elegir cualquier médico u hospital. Si elige los que son parte de la red del plan de seguro, le costará menos.

Con los planes PPO, puede visitar cualquier médico sin tener una derivación. Si tiene un plan POS, puede visitar cualquier médico dentro del plan sin una derivación, pero los médicos que no pertenezcan al plan sí necesitan una derivación.

## HDHP

(*High Deductible Health Plan* Plan de deducible alto)

Los HDHP generalmente tienen primas bajas y deducibles altos en comparación con otros planes. Con un HDHP, puede usar una cuenta de ahorros para salud o un acuerdo de reembolso para pagar algunos costos médicos. Esto significa que su empleador toma parte de su pago y lo coloca en una cuenta de ahorro especial. Cuando necesita dinero para atención médica, puede tomarlo de esa cuenta.

## Plan para catástrofes

Las personas menores de 30 años o que tienen exenciones por incapacidad económica pueden comprar un «plan para catástrofes». Este plan los protege de tener que pagar costos médicos altos en caso de lesiones graves, como un accidente automovilístico. Las primas mensuales son bajas, pero los deducibles son altos.



## Solicitar seguro

El Mercado de seguros ayuda a las personas a comprar seguro de salud y averigua si califican para beneficios impositivos, también conocidos como subsidios, que reducen el costo del seguro de salud.

### TRABAJAR CON NAVEGADORES O CONSEJEROS CERTIFICADOS PARA SOLICITUDES

Puede solicitar seguro de salud por su cuenta a través del Mercado de seguros, ya sea por teléfono o por Internet. Pero, dado que esta tarea a veces puede resultar confusa, existen personas que están capacitadas para ayudarlo, como los Navegadores o Consejeros certificados para solicitudes (CAC, por sus siglas en inglés), que trabajan en el Mercado de seguros para ayudarlo a comprender sus opciones. Pueden ayudarlo a solicitar el seguro. Pueden ayudarlo a calcular los costos que tendrá según cuánto dinero gana y cuántas personas forman parte de su familia. También pueden responder preguntas sobre cómo funciona el seguro de salud y de qué manera lo ayuda.

### SOLICITAR SEGURO

En la solicitud de seguro de salud a través del Mercado, se le preguntará cuánto dinero gana, cuántas personas forman parte de su familia, dónde vive, qué gastos tiene y mucho más. Esto le ayudará a descubrir cuánto puede pagar por el seguro de salud y si es elegible para un crédito impositivo que hará que su seguro cueste menos. Su Navegador o CAC puede informarle sobre los documentos que debe traer a su reunión, como recibos de pagos de su empleo, declaración de impuestos o documentos de inmigración. Lleva aproximadamente una hora completar la solicitud con la ayuda del Navegador o CAC.

## Pagar su seguro de salud

Recuerde que el seguro de salud es un contrato que firma con la compañía de seguro de salud. Inscribirse en un seguro de salud es el primer paso. Su próximo paso es pagarlo.

Deberá pagar una factura de seguro todos los meses para mantenerlo. El seguro de salud debería ser parte de su presupuesto mensual. Al igual que como paga el alquiler y los servicios, deberá pagar su seguro de salud, de lo contrario, se cancelará. Si esto sucede y debe visitar un médico o recibir atención médica, deberá pagar todo el costo de su bolsillo.

Algunos días después de que se inscriba en el seguro de salud a través del Mercado de seguros,

recibirá su primera factura. Estará emitida por su nueva compañía de seguro y le dirá cuánto tiene que pagar. Este monto debería ser igual al que acordó cuando se inscribió.

Si tiene preguntas acerca de su seguro en el futuro, como cuánto costarán las cosas o quién será su médico, llame a su compañía de seguro, no al Mercado de seguros. No tema pedirle ayuda a un Navegador, CAC o a su compañía de seguros.



# Acerca de Mental Health America

Fundada en 1909, Mental Health America ([www.mentalhealthamerica.net](http://www.mentalhealthamerica.net)) es la principal red comunitaria del país que se dedica a ayudar a todos los estadounidenses a lograr el bienestar y vivir vidas mentalmente sanas. Con 240 afiliados en todo el país, cambiamos las vidas de millones de personas: abogamos por cambios en las políticas de salud mental y bienestar, informamos al público y brindamos datos fundamentales, y ofrecemos programas y servicios de salud mental y bienestar que se necesitan en forma urgente.

Este proyecto fue respaldado por Funding Opportunity  
Número CA-NAV-13-001 del Departamento de Salud y Servicios  
Humanos de los EE. UU. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid.

El contenido provisto es solo responsabilidad de los autores y no  
necesariamente representa las opiniones oficiales del HHS ni de ninguna de sus agencias.



2000 N. Beauregard Street, 6th Floor  
Alexandria, VA 22311  
Línea gratuita: 800-969-6642  
[mentalhealthamerica.net](http://mentalhealthamerica.net)