

## Ofrecido a usted por el Estado de Oregon

El Estado de Oregon está trabajando con **HealthCare.gov** para ayudar a los habitantes de Oregon a obtener cobertura 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** [www.oregon.gov/DCBS/Insurance/gethelp](http://www.oregon.gov/DCBS/Insurance/gethelp),  
**llame al** 1-888-877-4894,  
**Email** [cp.ins@oregon.gov](mailto:cp.ins@oregon.gov)

### Otros lenguajes o formatos?

Llame gratis al **1-855-268-3767** de lunes a Viernes entre las 8:00 a.m. y 5:00 p.m. para pedir esta información en Español, Русский, Tiếng Việt, 汉语, 漢語, u otro formato.

# Usando su seguro de salud

Una guía paso a paso para entender y usar su seguro de salud



Obtenga respuestas y aprenda más

[OregonHealthCare.gov](http://OregonHealthCare.gov)



# Tome el siguiente paso

Usted tomó el primer paso para mejorar su salud al inscribirse en un plan de seguro de salud. Ahora es el mejor tiempo para tomar acción y hacer preguntas para saber como usar su seguro ya sea que esté sano o enfermo.

Esta es una guía básica para ayudarle a entender su plan de seguro y saber qué hacer cuando usted tiene preguntas específicas acerca de cobertura, facturación, etc.

## PASO 1: ENTENDIENDO SU COBERTURA

Una vez que usted 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 sumario de sus beneficios y cobertura:** El documento indicará las características de su plan, y que está y no está cubierto. Familiarícese con sus costos (primas, co-pagos, deducibles, co-seguro, etc.).
- 2. Tarjeta de seguro u otro documento:** Esta es su prueba de seguro con la información que los proveedores médicos necesitarán para proveer servicios. (Cada tarjeta es diferente) Ejemplo de tarjeta:

## PASO 2: PREPARANDOSE PARA SU CUIDADO DE SALUD

Para usar su seguro de salud, haga lo siguiente:

### Encuentre un médico primario

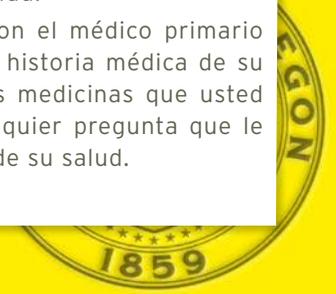
- Llame a su compañía de seguros, visite el sitio web de la compañía de seguros, o revise el directorio de proveedores en su red. Algunas veces los proveedores cambian, es buena idea asegurarse doblemente con su compañía de seguros.
- Una vez que usted encuentre un proveedor médico, asegúrese con su compañía de seguros si necesita autorización antes de hacer una cita.

### Haga una cita

- Llame para hacer una cita. Asegúrese de decir que está buscando un nuevo médico primario y pida una cita para un examen físico anual o una visita para bienestar de la salud.
- Durante la cita con el médico primario comparta toda la historia médica de su familia. Dígale las medicinas que usted toma y haga cualquier pregunta que le preocupe acerca de su salud.

### NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

Tipo de plan	Miembro #: XXX-XX-XXX
Fecha de efectividad	Co-pago por médico primario \$15.00 Co-pago por especialista \$25.00
Prescripciones # de grupo xxxx	Co-pago por sala de emergencia \$75.00
Co-pago de prescripciones \$15 medicinas genéricas \$20 no-genéricas	Servicio al cliente 1-800-xxx-xxxx



## PASO 2 continuación...

Decida si el proveedor médico es el correcto para usted

- Usted debe tener un proveedor médico con el cual pueda hablar y sentirse comfortable. Si después de la primera visita algo le preocupa acerca de su proveedor médico usted 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 inmediatamente.

## PASO 3: ENTENDIENDO LA FACTURACION 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 sumario de sus beneficios.

Como funciona típicamente un seguro de salud:

1. Usted debe presentar su tarjeta de seguro al momento de recibir cuidado médico.
2. Usted debe pagar al proveedor el co-pago 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 usted debe pagar. **Un EOB NO ES UNA FACTURA.**
5. El proveedor médico le enviará la factura de la parte que le toca pagar a usted.

## PASO 4: CONOCIENDO SUS DERECHOS

Después de revisar su EOB, posiblemente tendrá preguntas en cuanto a los detalles de la factura o puede sentirse disgustado debido a que ciertos servicios no fueron cubiertos por su plan de seguros. Usted puede presentar una queja, es posible que esos servicios sean cubiertos.

Usted puede ponerse en contacto directamente con su plan de seguros. Las compañías de seguro tienen centros de atención para asistir al cliente con preguntas e inquietudes acerca de sus planes de salud. Este número se encuentra en su tarjeta de seguro o en el manual del plan de seguro.

Si usted 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 ponerse en contacto con la sección de servicio al cliente de la División de Regulación Financiera para hablar con un representante. Llame gratis al: 1-888-877-4894.

También puede enviar un correo electrónico a: [cp.ins@state.or.us](mailto:cp.ins@state.or.us) o mirar consejos visitando nuestro sitio web: [www.insurance.oregon.gov](http://www.insurance.oregon.gov).



## GLOSARIO DE TERMINOS USADOS EN PLANES DE SEGURO: Términos que puede encontrar cuando revisa el sumario de sus beneficios o cuando busca servicios médicos.

**Co-seguro (co-insurance):** Es la porción que usted debe pagar en un cuidado de salud cubierto, esta cantidad es calculada como un porcentaje (por ejemplo 10%) del costo permitido por un servicio. Usted debe pagar el co-seguro más cualquier deducible.

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

**Deducible (deductible):** La cantidad que usted paga por servicios de cuidado de salud antes de que su seguro de salud empieza a pagar por

beneficios. No todos los gastos de bolsillo que usted paga cuentan como parte del deducible. Los planes varían, lea el sumario de beneficios y cobertura.

**Red (network):** La red está formada por los proveedores, suministradores, y facilidades médicas (hospitales, clínicas, consultorios, etc.) 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 que proveedores están **"dentro de la red" (in-network)**. Puede costarle más recibir los servicios de un proveedor **"fuera de la red" (out-of-network)**.

**Máximo-gasto-de-su-bolsillo (out-of-pocket máximo):** La cantidad máxima que usted paga antes de que su plan de seguro empieza a pagar 100% de los beneficios de salud

esenciales cubiertos durante el periodo de duración de la póliza (usualmente un año). Este límite incluye deducibles, co-seguro, co-pagos, o cargos similares y cualquier otro gasto que debe ser pagado por el asegurado por un gasto médico calificado. El costo límite del máximo-gasto-de-su-bolsillo por cualquier plan de seguro individual en el Mercado de Salud en el 2016 no puede ser más de \$6,850 o \$13,700 por un plan de salud familiar.

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

**Servicios Preventivos (preventive services):** Cuidados de salud preventivos incluyendo chequeos de rutina (examen físico anual), chequeos por una condición específica, consultas médicas para prevenir enfermedades u otros problemas de salud, o para la detección temprana de enfermedades o condiciones médicas cuando es más probable que un tratamiento funcione mejor. Esto puede incluir servicios tales como vacuna para la influenza, otras vacunas, y chequeos, dependiendo de lo que es recomendado para usted.