

Ofrecido a usted por el Estado de Oregon

Usando su seguro de salud

Tome los siguientes pasos

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?

Póngase en contacto con la División de Regulación Financiera de Oregon.

Visite go.usa.gov/x5GXa
Llame gratis al 888-877-4894
Email 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 Русский, Tiếng Việt, 汉语, 漢語, u otro formato.



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

Usted ha tomado el primer paso para mejorar su salud al inscribirse en un plan de seguro de salud. Este es el mejor momento para hacer preguntas y tomar medidas para que usted sepa cómo usar su Seguro médico cuando esté enfermo.

Esta guía explica los conceptos básicos de la comprensión de su plan de seguro y qué hacer cuando tenga preguntas.

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:** Un documento que explica 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:

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: Preparándose para su cuidado de salud

Para usar su seguro de salud, haga lo siguiente:

Encuentre un médico primario

- Llame a su compañía de seguros, busque su sitio web, o revise el manual de proveedores en su red. Las redes pueden cambiar, por lo que debe verificar con su plan de salud.
- Una vez que usted decida que proveedor quiere ver, verifique si necesita preguntar a su compañía de seguros 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. Dígame las medicinas que usted toma y haga cualquier pregunta que le preocupe acerca de su salud.



440-5079s (9/17/HIM)

OREGONHEALTHCARE.GOV



Paso 2 continuación...

Decida si el proveedor médico es el correcto para usted

- Usted necesita un proveedor en quien confíe y con quien se sienta cómodo hablando. Después de su primera visita, si tiene inquietudes acerca de su proveedor, decida si quiere compartir sus inquietudes con el proveedor o investigar a otros proveedores en su 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 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 sumario de sus beneficios.

Cómo 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, usted puede tener preguntas sobre los detalles o pensar que ciertos servicios deben ser cubiertos por el plan cuando no lo fueron. Usted puede presentar una queja, es posible que esos servicios sean cubiertos.

Usted puede ponerse en contacto directamente con su asegurador. Las compañías de seguro tienen centros de atención para ayudar a miembros del plan. Este número se encuentra en su tarjeta de seguro o en el manual del plan de seguro.

Si desea más ayuda de un "third party", tiene preguntas sobre sus derechos, o necesita ayuda para comprender la facturación o cobertura de seguros, llame a la División de Regulación Financiera de Oregon para hablar gratis con un representante de servicio al cliente llame 888-877-4894.

También puede enviar un correo electrónico a: cp.ins@state.or.us o mirar consejos visitando nuestro sitio web: 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 visita al doctor. 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 empiece 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). Podría costarle más ver a un proveedor fuera de la red.

Máximo-gasto-de-su-bolsillo (out-of-pocket maximum): La cantidad máxima que

usted paga antes de que su plan de seguro empiece 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 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 vacunas contra la gripe, otras vacunas y exámenes.