



GUÍA PARA UNA MEJOR ATENCIÓN



GUÍA PARA UNA MEJOR ATENCIÓN

Saber cómo utilizar su cobertura de salud es un paso importante para mejorar su salud y bienestar. La cobertura de salud no solo es importante cuando está enfermo, **sino que también es útil incluso cuando se siente bien.**

En esta guía se explica que es una cobertura de salud y cómo puede utilizarla para obtener atención primaria para ayudarlo a usted y a su familia a vivir una vida larga y saludable.

La guía utiliza el término "plan de salud" para referirse a los costos de la cobertura de salud. El plan de salud de su familia puede estar cubierto por:

- Su empleador, a su cargo o a través de una compañía de seguros privada.
- Un plan de mercado a través de HealthCare.gov.
- Una póliza de seguro de salud comprada directamente a una compañía de seguros privada.
- Medicare
- Medicaid
- El Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).
- Otras fuentes de cobertura.

Puede:

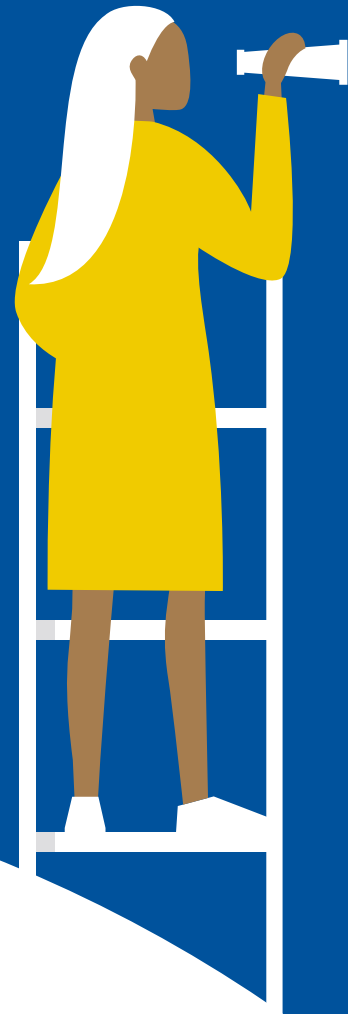
- Leer la guía de principio a fin.
- Leer un paso en particular para obtener una referencia rápida.

Encontrará definiciones de términos y recursos comunes de atención de salud al final de la guía.

Comience a llevar una vida más saludable ahora.

Comience aquí.





CONTENIDOS

Paso 1: Poner su salud primero	6
Paso 2: Entender su cobertura de salud	9
Paso 3: Saber a dónde ir para recibir atención	16
Paso 4: Encontrar un proveedor	18
Paso 5: Solicitar una cita	22
Paso 6: Estar preparado para su visita	25
Paso 7: Decidir si el proveedor es adecuado para usted	29
Paso 8: Próximos pasos después de su cita	31
Recursos: Glosario y enlaces útiles	35

REFERENCIA RÁPIDA

VEA SU CAMINO HACIA UNA MEJOR SALUD



Paso 1:

PONER SU SALUD PRIMERO

Mantenerse saludable aumenta las posibilidades de estar presente para su familia y amigos durante muchos años. Utilice su cobertura de salud cuando esté enfermo y cuando esté bien, para ayudarlo a vivir una vida larga y saludable. Si bien la cobertura es importante, no hay sustituto para llevar un estilo de vida saludable.

Esto es lo que puede hacer para poner su salud en primer lugar

- Dedique tiempo a la actividad física, la alimentación saludable, la relajación y el sueño.
- Descubra cómo manejar y prevenir el estrés.
- Obtenga [servicios preventivos](#) como exámenes de detección de rutina y vacunas.
- Asuma un papel activo en su salud. Tome sus medicamentos. Mantenga un registro del historial de salud de su familia cuando sea posible.
- Obtenga más información sobre lo que puede hacer para mantenerse saludable. Comparta lo que aprenda con su familia y amigos.

¿Por qué es importante la atención preventiva?

La atención preventiva se utiliza para:

- Prevenir problemas de salud
- Detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor

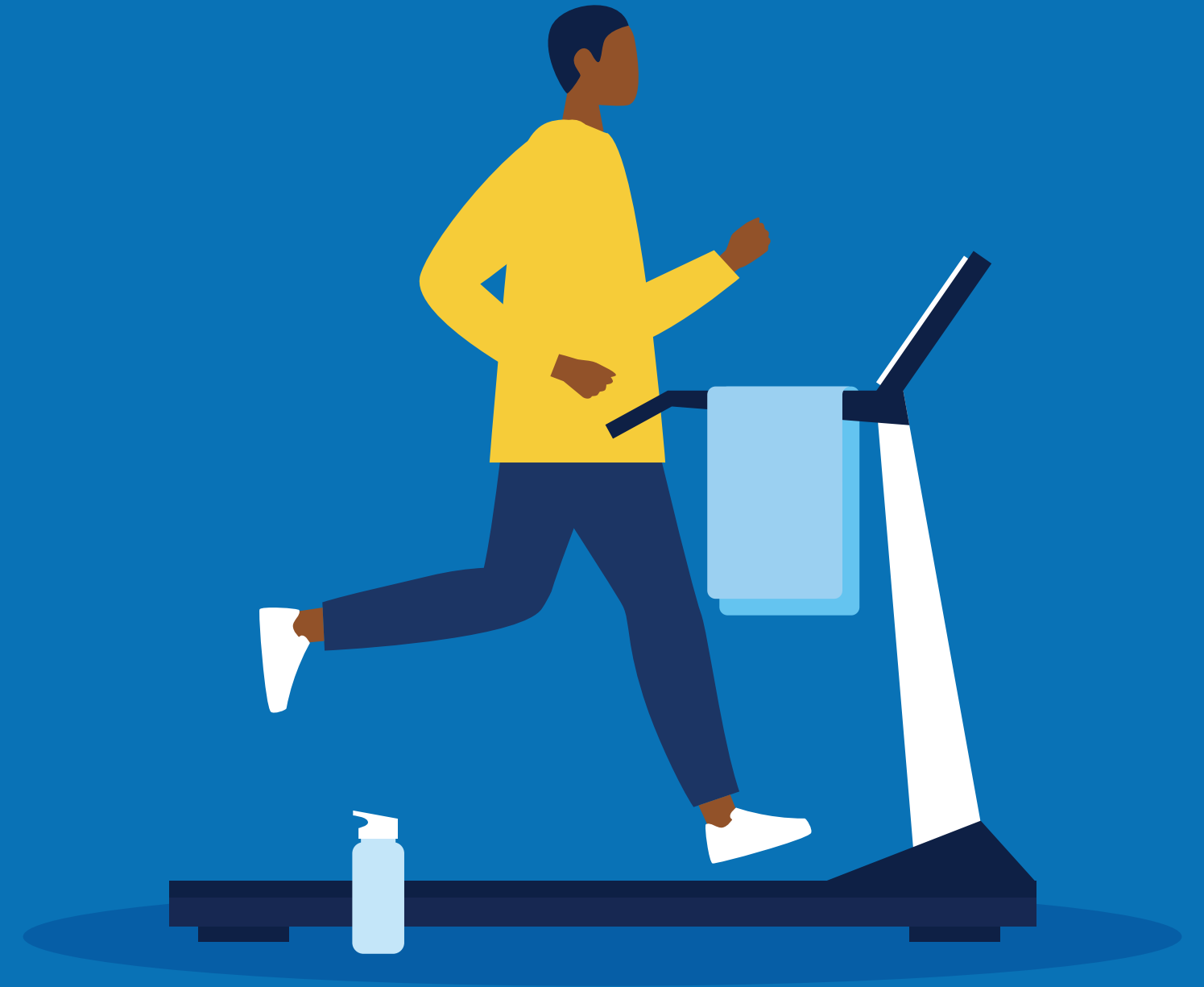
La atención preventiva incluye:

- Exámenes de detección,
- Chequeos y
- Asesoramiento al paciente que previene enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Obtener atención preventiva y elegir un estilo de vida saludable son pasos clave para gozar de una buena salud.

Tener un proveedor en quien pueda confiar y que conozca sus necesidades de salud puede ayudarlo a:

- Asegurarse de recibir la atención preventiva adecuada
- Tomar decisiones para llevar un estilo de vida saludable
- Mejorar su bienestar mental y emocional
- Alcanzar sus objetivos de salud y bienestar



¿Dónde obtengo atención preventiva?

Su proveedor de atención primaria será al que más visite. Lo conocerán y lo ayudarán a monitorear su salud conforme avanza el tiempo. Por lo general, le proporcionarán atención preventiva. Puede ser un médico, enfermera practicante, asistente médico, profesional de la salud del comportamiento u otro profesional de la salud que vea.

Guarde toda la información sobre su salud en un solo lugar.

Utilice este folleto para realizar un seguimiento de su información médica. Mantenga esta información actualizada. Es conveniente que lleve una copia con usted para una emergencia. ¡Proteja su identidad manteniendo su información personal segura!

Si tiene problemas con su estado de ánimo o con el consumo de alcohol o drogas, su proveedor puede ayudarlo. Recuerde, su proveedor puede ayudarlo con su bienestar mental, no solo con problemas físicos. Consulte la Guía para la salud conductual para obtener más información.

Paso 2:

ENTENDER SU COBERTURA DE SALUD

La cobertura de salud generalmente paga los servicios del proveedor, los medicamentos, la atención hospitalaria y el equipo especial cuando está enfermo. También puede brindarle servicios importantes de detección y prevención cuando no está enfermo.

La mayoría de las coberturas incluyen vacunas para niños y adultos, chequeos anuales de bienestar y más, sin gastos de bolsillo. Conserve su cobertura pagando sus primas mensuales (si las tiene).

Los planes de salud pueden diferir en los proveedores que podrá visitar y la cantidad que tendrá que pagar.

- Qué servicios y proveedores pagará su plan
- Cuánto le costará cada visita o medicamento de su bolsillo

Solicite un Resumen de beneficios y cobertura que le proporcione las características clave de su cobertura, ya que esta información puede variar según su plan.

Tienes derecho a ver la información sobre los precios. Según la norma de Transparencia en la cobertura, muchos planes de salud de empleadores y planes de seguro de salud comercial deben:

- Publicar información para el público sobre sus precios de los artículos y servicios cubiertos (a partir de 2022).
- Proporcionarle información en tiempo real sobre sus gastos de bolsillo (a partir de 2023 y 2024).

CONSEJO
SOBRE
COSTOS

Estas son algunas palabras que puede escuchar sobre su plan de salud. En el reverso de esta guía se explican más palabras claves.

Una prima es el monto que debe pagarse por la mayoría de los tipos de planes de salud. Usted y/o su empleador generalmente lo pagan mensualmente, trimestralmente o anualmente. No está incluido en su [deducible](#), su [copago](#) o su [coseguro](#). Si no paga la prima, podría perder su cobertura.

Una red es el grupo de proveedores que su plan de salud ha contratado para brindar atención de salud.

- Póngase en contacto con su plan de salud para averiguar qué proveedores están "dentro de la red". Estos proveedores también se pueden llamar "proveedores preferidos" o "proveedores participantes".
- Si un proveedor está "fuera de la red", podría costarle más visitarlo.
- Las redes pueden cambiar. Consulte con su proveedor cada vez que solicite una cita, para saber cuánto tendrá que pagar.

Un deducible es el monto que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan de salud comience a pagar.

EJEMPLO: Si tiene un deducible de \$1,000, pagará \$ 1,000 de su bolsillo por los servicios de atención de salud antes de que su plan comience a pagar.

Después de pagar su deducible, generalmente paga solo un copago o coseguro por los servicios cubiertos. Su plan de salud paga el resto. Algunos servicios suelen estar disponibles sin [copago](#) o [coseguro](#), incluso antes de pagar el deducible. Consulte más arriba para obtener información sobre esos servicios.

Generalmente, los planes con [primas](#) mensuales más bajas tienen deducibles más altos. Los planes con [primas](#) mensuales más altas generalmente tienen deducibles más bajos.

El coseguro es la parte que usted paga por un servicio cubierto después de haber pagado su deducible. El monto es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

EJEMPLO: Su proveedor cobra \$100 por una visita al consultorio (según lo permitido por su contrato con su plan de salud). Su [copago](#) es 20%. Si ha alcanzado su [deducible](#), entonces el pago de 20% de su [coseguro](#) será \$20. El plan de salud paga el otro 80%.

Un copago es un monto fijo que usted paga por un servicio de atención de salud cubierto después de haber pagado su deducible, si su plan tiene uno.

EJEMPLO: Su proveedor cobra \$100 por una visita al consultorio (según lo permitido por su contrato con su plan de salud). Su copago es \$20. Si ha pagado su [deducible](#), entonces usted paga \$20, generalmente en el momento de su visita.

Los copagos pueden variar para diferentes servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, pruebas de laboratorio y visitas a especialistas. Generalmente, los planes con [primas](#) mensuales más bajas tienen copagos más altos. Los planes con [primas](#) mensuales más altas generalmente tienen copagos más bajos.



El límite/máximo de gasto de bolsillo es el máximo que paga por los servicios cubiertos en un año del plan con la mayoría de las coberturas de salud. Después de gastar este monto en deducibles, copagos y coseguro, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

El límite de gasto de bolsillo no incluye:

- Su prima
- Cualquier gasto en servicios que su plan no cubra
- Servicios fuera de la red
- Costos por encima del monto permitido que un proveedor puede cobrar por un servicio, cuándo esté legalmente permitido.



Su plan de salud le enviará una **Explicación de beneficios (o EOB)** después de visitar a un proveedor u obtener un servicio. No es una factura. Es un registro de:

- La atención que recibió; y
- Cuánto le está cobrando su proveedor a su plan de salud.

Si tiene que pagar más por su atención, recibirá una factura de parte de su proveedor.



Su credencial de seguro

Su plan de salud probablemente le envió una credencial de seguro con información sobre su cobertura. Guárdela. Lo necesitará cuando visite un proveedor o si llama a su plan de salud para hacer una pregunta.

Su tarjeta puede verse diferente a la de la página siguiente, pero debe tener el mismo tipo de información. Algunos planes de salud no proporcionan credenciales, pero deben darle esta información de otra manera.

Póngase en contacto con su plan si no recibió una credencial o no la entiende.

Su credencial puede incluir:

1. Nombre del afiliado

Por lo general, esto está impreso en su tarjeta.

2. Número de afiliado

Este número se utiliza para identificarlo. Le indica a su proveedor cómo facturar su plan de salud. Si su cónyuge o hijos también están en su cobertura, puede que sus números de afiliados se parezcan mucho.

3. Número de grupo

Este número se utiliza para realizar un seguimiento de los beneficios específicos que su plan ofrece.

4. Copago

Estos son los montos que adeudará cuando reciba atención de salud.

5. Números de teléfono:

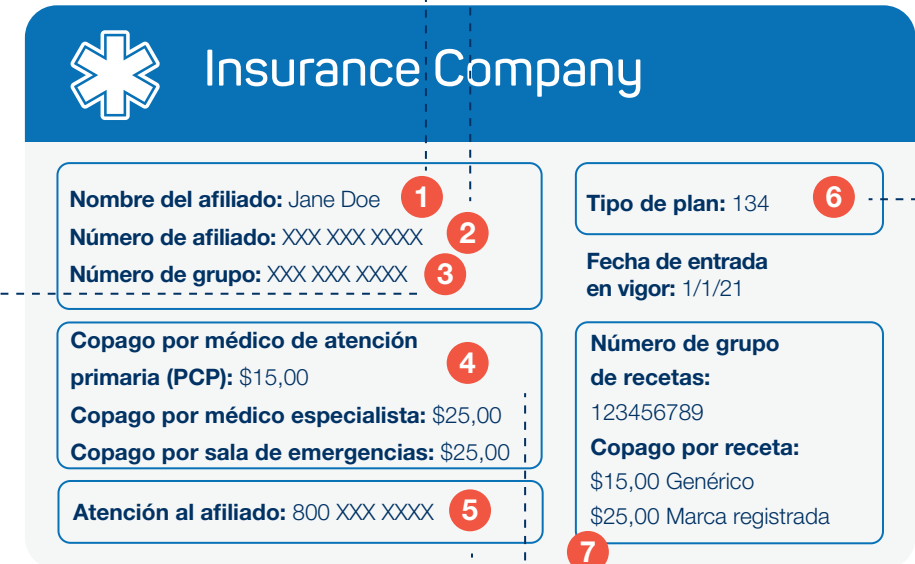
Puede llamar a su plan de salud si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o qué incluye su cobertura.

7. Copagos por receta:

Estos son los montos que adeudará por cada receta que haya surtido.

8. Información sobre precios

La nueva información sobre precios se mostrará en cualquier credencial de identificación de seguro física o electrónica que se le proporcione (generalmente se encuentra en el reverso de la tarjeta), incluidos los deducibles aplicables, las limitaciones máximas de gastos de bolsillo aplicables y un número de teléfono y un sitio web en dónde puede obtener más información.



Las siguientes preguntas pueden ayudarlo a comprender lo que pagará cuando reciba atención de salud. Comuníquese con su plan de salud si no conoce las respuestas a estas preguntas.

- ¿Cuánto tendré que pagar por una visita de atención primaria? ¿Por una visita a un especialista? ¿Por una visita de salud conductual?
- ¿Tendría que pagar un monto diferente si visito a un proveedor "dentro de la red" o "fuera de la red"?
- ¿Cuánto tengo que pagar por los medicamentos recetados?
- ¿Hay un límite en la cantidad de veces que puedo visitar a un proveedor?
- ¿Cuánto me costará ir a la sala de emergencias si no es una emergencia?
- ¿Cuál es mi deducible?
- ¿Necesito un referido para consultar a un especialista?
- ¿Qué servicios no están cubiertos por mi plan?



Prevenir el fraude en la atención de salud

Si otra persona usa su credencial de seguro o número de afiliado para obtener medicamentos recetados o atención de salud para alguien que no sea usted, entonces están cometiendo fraude. Ayude a prevenir el fraude en la atención de salud



Nunca deje que nadie use su credencial de seguro.



Mantenga su información personal segura.



Llame a su plan de salud de inmediato si pierde su credencial de seguro o sospecha de fraude.

Sitio web o portal de su plan de salud

Su plan de salud debe tener un sitio web o portal que le brinde más detalles sobre su cobertura y atención de salud. Es posible que deba registrarse en este sitio web, especialmente si ofrece información personalizada. Este sitio web enumera que proveedores están dentro de su red. Es posible que también pueda utilizar el sitio web para solicitar citas con su proveedor.

Aquí hay ejemplos de cómo su plan de salud podría usar los términos descritos en esta sección para cubrir su atención médica.

- Todos los planes de salud deben proporcionarle un Resumen de beneficios y cobertura.
- Sus costos y atención reales variarán según sus necesidades de salud y su cobertura.
- Póngase en contacto con su plan de salud para obtener más información.

Control de diabetes tipo 2 (1 año de mantenimiento rutinario de una condición crónica bien controlada)	Nacimiento de un bebé (parto natural)
<ul style="list-style-type: none"> • Monto adeudado a los proveedores: \$5,400 • El plan paga \$3,520 • El paciente paga \$1,880 	<ul style="list-style-type: none"> • Monto adeudado a los proveedores: \$7,540 • El plan paga \$5,490 • El paciente paga \$2,050
Ejemplo de costos de atención de salud:	Ejemplo de costos de atención de salud:
Recetas \$2,900	Gastos de hospital (madre) \$2,700
Equipo y suministros médicos \$1,300	Atención obstétrica de rutina \$2,100
Visitas al consultorio y procedimientos \$700	Gastos de hospital (bebé) \$900
Educación \$300	Anestesia \$900
Pruebas de laboratorio \$100	Pruebas de laboratorio \$500
Vacunas, otros preventivos \$100	Recetas \$200
Total \$5,400	Radiología \$200
El paciente paga:	Vacunas, otros preventivos \$40
Deducibles \$800	Total \$7,540
Copagos \$500	El paciente paga:
Coseguro \$580	Deducibles \$700
Total \$1,880	Copagos \$30
	Coseguro \$1,320
	Total \$2,050

Estos montos no son los costos reales y no incluyen toda la información importante. Fuente: cms.gov/CCIIO/ Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf

Paso 3:

SABER A DÓNDE IR PARA RECIBIR ATENCIÓN



¿NECESITA AYUDA?

Llame al 9-1-1 si tiene una situación de emergencia o que ponga en peligro su vida.

Aunque usted puede obtener atención de salud en muchos lugares diferentes, lo mejor para usted es recibir atención de rutina y servicios preventivos de un proveedor de atención primaria.

Existen grandes diferencias entre las visitas a su proveedor de atención primaria y las visitas al departamento de emergencias. Estas incluyen el costo, el tiempo de espera para recibir atención y el seguimiento.

Puede encontrar proveedores de atención primaria en consultorios, clínicas y centros de salud en todo el país. Dependiendo de su cobertura y de dónde viva, es posible que encuentre un proveedor de atención primaria en:



Grupos y consultorios médicos privados



Centros de atención ambulatoria



Clínicas ambulatorias



Centros de salud calificados a nivel federal



Clínicas comunitarias y clínicas gratuitas



Centros de salud ubicados en escuelas



Centros de servicio de salud indígena, tribal y Programa de salud indígena urbano



Centros médicos de asuntos de veteranos y clínicas ambulatorias

Los proveedores de atención primaria trabajan con los pacientes para: garantizar que reciban la atención preventiva adecuada, manejar sus afecciones crónicas y mejorar su salud. Algunos lugares pueden ofrecer servicios y apoyo comunitarios, salud conductual, servicios dentales, oftalmológicos, transporte e interpretación del lenguaje.

Algunos pueden ofrecer servicios y apoyo comunitarios, salud conductual, servicios dentales, oftalmológicos, transporte e interpretación del lenguaje.

Infórmese antes de ir.

No todos los proveedores e instalaciones aceptan todo tipo de planes de salud. Consulte con el consultorio antes de su cita para asegurarse de que acepten pacientes con su cobertura.

Diferencias entre el consultorio de su proveedor y el servicio de emergencias

Proveedor de atención primaria	Servicio de urgencias
Pagará su copago de atención primaria, si tiene uno. Esto puede costarle entre \$0 y \$50.	Es probable que pague un copago, un coseguro y tenga que pagar su deducible antes de que su plan de salud pague sus costos, especialmente si no es una emergencia. Su copago puede ser entre \$50 y \$150.
Va cuando se siente mal y cuando se siente bien.	Solo debe ir cuando está herido o muy enfermo.
Llama con anticipación para solicitar una cita.	Se presenta cuando lo necesita y espera hasta que puedan atenderlo.
Es posible que tenga que esperar un poco para que el proveedor lo atienda después de que llegue. Pero por lo general lo atenderán alrededor de la hora de su cita.	Puede tener que esperar varias horas antes de que lo atiendan si no es una emergencia.
Por lo general, visitará al mismo proveedor siempre.	Lo atenderá el proveedor que está trabajando ese día.
Por lo general, su proveedor tendrá su historia clínica.	El proveedor que lo atienda probablemente no tendrá acceso a su historia clínica.
Su proveedor trabaja con usted para cuidar sus afecciones crónicas y su salud en general.	Es posible que el proveedor no sepa qué afecciones crónicas tiene.
Su proveedor revisará otros aspectos de su salud, no solo el problema que lo llevó a visitarlo.	El proveedor solo revisará el problema urgente que fue a tratar, pero es posible que no le pregunte sobre otros problemas.
Si necesita visitar a otros proveedores o gestionar su atención, su proveedor de atención primaria puede ayudarlo a hacer un plan, obtener sus medicamentos, y encontrar especialistas.	Cuando su visita termine, recibirá instrucciones para realizar un seguimiento con su proveedor. Es posible que no haya ningún apoyo de seguimiento.

¿Qué sucede con la atención de urgencia?

En algunas áreas, es posible que pueda ir a un Centro de atención de urgencias. Llame a su plan de salud antes de ir para averiguar cuánto tendrá que pagar. Por lo general, los Centros de atención de urgencias pueden tener horarios más flexibles o visitas sin cita previa y pueden manejar muchas visitas por enfermedad y otros tipos de atención. Sin embargo, la atención de urgencia generalmente tiene un copago o coseguro más alto que el consultorio de un proveedor y es posible que no vea al mismo proveedor cada vez. Puede compartir la historia clínica de las visitas de atención de urgencia con su proveedor de atención primaria para que su proveedor tenga toda su información médica.

Paso 4:

ENCONTRAR UN PROVEEDOR

Elegir el proveedor adecuado es una de las decisiones más importantes que tomará sobre su atención de salud. Encontrar al adecuado puede costar un poco.

¿Qué es un proveedor?

Esta Guía utiliza el término "proveedor" para referirse a un profesional de la salud. Puede ser un médico, enfermera practicante, asistente médico, profesional de la salud del comportamiento u otro profesional de la salud que vea.

Busca a alguien en quien pueda confiar y con quien trabajar para mejorar su salud. Por lo tanto, tómese su tiempo y piense en lo que necesita. Dependiendo de sus necesidades de atención de salud, es posible que necesite visitar a más de un tipo de proveedor. A continuación, se enumeran dos tipos de proveedores comunes.



Un proveedor de atención primaria es a quien visitará primero para la mayoría de los problemas de salud. También trabajarán con usted para:

- Llevar a cabo sus exámenes de detección recomendados
- Guardar sus historiales médicos
- Ayudarlo a controlar sus afecciones crónicas
- Vincularlo con otros tipos de proveedores si los necesita

Si usted es adulto, su proveedor de atención primaria puede llamarse médico de familia o médico, internista, médico general, enfermera practicante o asistente médico.

El proveedor de su hijo o adolescente puede llamarse pediatra.

En algunos casos, su plan de salud puede asignarle un proveedor. Por lo general, puede cambiar de proveedor si lo desea. Póngase en contacto con su plan de salud para preguntar cómo hacerlo.

Un especialista lo atenderá para ciertos servicios de salud o afecciones.

Entre los especialistas se encuentran los cardiólogos, oncólogos, psicólogos, alergistas, podólogos y ortopedistas.

Es posible que necesite un **referido** de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista. Si no tiene un referido, es posible que su plan de salud no pague su visita.

Para algunos servicios, su plan de salud puede requerir que primero obtenga una [autorización previa](#). Esto significa que su plan de salud decide que un servicio es médicamente necesario. Esto también puede llamarse aprobación previa o precertificación. Se puede requerir para un plan de tratamiento, medicamento recetado o servicio o equipo médico antes de que su plan de salud pague por el artículo o servicio.



El proveedor adecuado

Siga estos pasos para encontrar un proveedor en el que pueda confiar y con el que pueda trabajar para vivir una vida larga y saludable.



1. Encontrar proveedores en su red.

- Llame a su plan de salud, visite su sitio web o consulte su manual del afiliado para encontrar proveedores en su red.
- Dígalos si tiene alguna solicitud. Por ejemplo, es posible que desee un proveedor que hable un idioma que no sea inglés o que pueda adaptarse a cualquier discapacidad que pueda tener. O puede querer estar seguro de que están preparados para adaptarse a cualquier discapacidad que pueda tener.
- Si actualmente tiene un proveedor que le gusta y desea mantener, llame a su oficina y pregunte si acepta su cobertura.
- Tenga en cuenta que generalmente pagará más por visitar a un proveedor que no está en su red que por visitar a un proveedor que está en su red.



2. Pregunte.

- Pida recomendaciones a sus amigos o familiares.
- Pregúnteles qué tipo de proveedores visitan y qué les gusta de ellos.
- A veces puede encontrar proveedores en línea y ver cómo se sienten otros en su comunidad con respecto a ellos.

Consejo rápido:

La telesalud le permite visitar a su proveedor por teléfono, computadora u otro dispositivo. Pregúntele a su proveedor si ofrece telesalud y si su plan la cubrirá, entonces asegúrese de tener la tecnología adecuada para la cita.

Pregunte a su plan de salud si necesita autorización previa **ANTES** de visitar a su proveedor. Sin autorización previa, es posible que tenga para pagar cosas que su plan de salud cubriría con dicha autorización.

CONSEJO
SOBRE
COSTOS



3. Elegir un proveedor

Llame al consultorio del proveedor. Haga preguntas para ayudarlo a decidir si quiere visitar ese proveedor. Tal vez quiera tener en cuenta

- ¿El proveedor acepta nuevos pacientes? ¿Aceptan su cobertura de salud? Esto puede cambiar durante el año, por lo que siempre debe preguntar.
- ¿La oficina está cerca de su casa o de su trabajo? ¿Como iría hasta allí?
- ¿Los horarios de las citas le quedarían cómodos con su horario?
- ¿El proveedor habla su idioma o tiene un traductor disponible?
- ¿Con qué hospitales trabaja el proveedor? ¿Puede llegar hasta allí?
- ¿La persona del consultorio del proveedor con la que habla es respetuosa y servicial?



4. ¡Deles una oportunidad!

A veces se necesita más de una visita para darse cuenta si un proveedor es adecuado para usted.



Paso 5:

SOLICITAR UNA CITA



Cuando solicite una cita, es posible que se le pida:

- **Su nombre y si es paciente nuevo.**
- **Por qué desea visitar al proveedor.** Es posible que desee decirles que está buscando un nuevo proveedor de atención primaria para un "examen anual" o una "visita de bienestar". También puede tener una preocupación específica, como gripe, alergias o depresión.
- **El nombre de su plan de salud.** Necesitará su credencial de seguro para encontrar esta información. Pregunte si el proveedor está dentro de su red.
- **El nombre del proveedor que le gustaría visitar.** Puede tomar más tiempo solicitar una cita con un proveedor específico. El consultorio puede recomendarle o derivarle a otro proveedor de su red si se siente enfermo o necesita programar su cita antes.
- **Si tiene una necesidad específica, pregunte si pueden satisfacer esa necesidad.** Por ejemplo, ¿pueden proporcionarle un traductor si lo necesita? ¿Equipo médico accesible? Si no, pregúnteles si hay otro proveedor en la oficina que pueda hacerlo.
- **Los días y horarios que le queden cómodos.** Algunas oficinas tienen citas de fin de semana o de noche.



Si tiene una necesidad específica, también puede preguntar:

- **Si pueden enviarle los formularios que deba completar antes de la cita.**
- **Cómo puede pagar su visita.** ¿Aceptan dinero en efectivo, cheques o tarjetas de crédito?

Si tiene una discapacidad, informe a la oficina sobre sus necesidades para la cita. Pregunte qué puede esperar durante la cita. Esto le ayudará a usted y a su proveedor a prepararse.

Si necesita cambiar su cita, comuníquese con el consultorio del proveedor lo antes posible.

Muchos proveedores cobran una tarifa si llega tarde, no se presenta a su cita, o cancela menos de 24 horas antes de que comience. La mayoría de los planes de salud no pagarán estas tarifas.

CONSEJO
SOBRE
COSTOS

Conozca sus derechos

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a la misma atención de salud que los demás.

Los proveedores deben:

- Darle acceso a la atención. No pueden negarle atención porque los edificios, las salas de examen o los equipos no son accesibles.
- Darle información de una manera que usted entienda.
- Ofrecer intérpretes calificados de lenguaje de señas, dispositivos de escucha asistida o materiales en braille o letra grande.
- Garantizar la igualdad de acceso a las tecnologías de telesalud y telecomunicaciones para las personas con discapacidad. Para proporcionar a estas personas comunicaciones eficaces, los proveedores cubiertos deben proporcionar ayudas y servicios auxiliares cuando sea necesario.

Si tiene una discapacidad, consulte Cómo obtener la atención que necesita: guía para personas con discapacidades para obtener más consejos.





Paso 6:

ESTAR PREPARADO PARA SU VISITA

Si esta es su primera visita a un nuevo proveedor o si está utilizando una nueva cobertura de salud, deberá llevar consigo algunas cosas.

Esto ayudará a su proveedor a comprender su salud y estilo de vida y lo ayudará a trabajar juntos para mejorar su salud.

¡Preséntese temprano para su cita!

Cuando llegue al consultorio de su proveedor, anúnciese con el personal de recepción. Es posible que se le pida que proporcione lo siguiente:

- Credencial del seguro
- Identificación con foto (por ejemplo, licencia de conducir, identificación gubernamental o escolar, pasaporte)
- Formularios completos
- Su copago, si tiene. Solicite un recibo para sus registros.

El personal puede pedirle que llene más formularios y lea su política de privacidad, que es requerida por la ley. Le indica cómo protegerán y mantendrán su información privada.

Cuando vea a su proveedor, es útil compartir:

- Su historia clínica e historial de salud (incluyendo cosas como alergias conocidas a cualquier medicamento) y su historial de salud familiar, si los tiene. Es posible que desee hacerle preguntas a su familia sobre su historial de salud antes de sus visitas. Está bien si no conoce todo su historial de salud familiar.
- Medicamentos que está tomando. Anote la información o simplemente traiga los medicamentos para que su proveedor sepa la dosis que toma. Si necesita una receta, pídale.
- Preguntas o inquietudes que tiene sobre su salud. Escríbalas para no se olvidarse de preguntarlas.

Es posible que desee traer a un amigo o familiar con usted si necesita ayuda para hablar con el proveedor.



¡Tome las riendas!

Su proveedor está allí para ayudarlo a mantenerse saludable. Pueden proporcionarle una mejor atención si habla con ellos y comparte cualquier pregunta o inquietud sobre su salud y bienestar. Si su proveedor dice algo que usted no entiende, ¡dígaselo y haga preguntas!

Debe poder responder estas preguntas antes de salir del consultorio de su proveedor:

- ¿Cómo está mi salud? ¿Qué puedo hacer para mantenerme saludable?
- ¿Qué hago a continuación? ¿Necesito análisis de sangre u otra prueba? En caso afirmativo, ¿para qué es? ¿Cuándo y cómo tendré los resultados?
- Si tengo una enfermedad o afección crónica, ¿cuáles son mis opciones de tratamiento? ¿Cuáles son los beneficios y las preocupaciones de cada opción? ¿Qué pasará si no me ocupo de ello?
- Si necesito tomar medicamentos, ¿cuándo debo tomarlos? ¿Cuánto debo tomar? ¿Hay algún efecto secundario? ¿Existe una alternativa genérica en el mercado? ¿Hay algún programa disponible que pueda ayudarme a pagar mi medicamento?

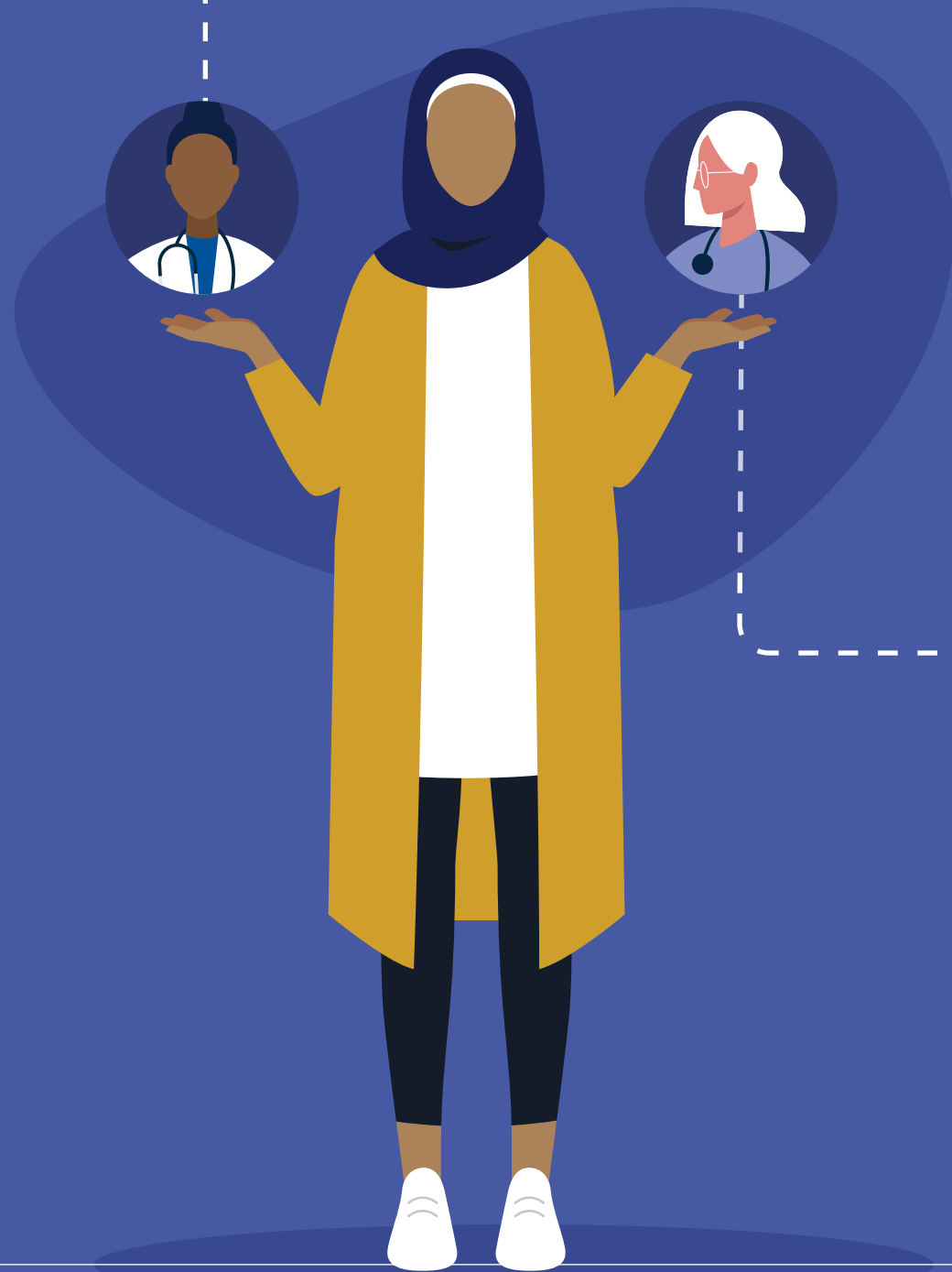
Pregunte

No se vaya hasta que todas sus preguntas hayan sido respondidas y entienda qué hacer a continuación.

- ¿Necesito consultar un especialista u otro proveedor? ¿Le pedí a mi proveedor que me sugiera uno? ¿Necesito un referido? Si es así, ¿la tengo?
- ¿Cuándo debo regresar para mi próxima visita?
- ¿Qué hago si tengo preguntas cuando llego a casa?

Si tiene que tomar medicamentos y le preocupa cuánto costarán, infórmele a su proveedor. Es posible que tengan opciones más baratas para su medicamento o que conozcan programas que ayuden a los pacientes a pagar sus medicamentos.

CONSEJO
SOBRE
COSTOS



Si desea probar un nuevo proveedor, o si se le asignó uno y desea probar uno diferente, consulte primero con su plan de salud o con el consultorio del proveedor para asegurarse de que no se le cobrará o para saber cuándo puede solicitar otra cita. Asegúrese de elegir un proveedor en su red (utilice el Paso 4) para no pagar más.

**CONSEJO
SOBRE
COSTOS**

Paso 7:

DECIDIR SI EL PROVEEDOR ES ADECUADO PARA USTED

Su salud y su bienestar son importantes y personales. Es importante encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades. Debe tener un proveedor con el que pueda trabajar, confiar y sentirse cómodo hablando. Si no se siente cómodo con su proveedor, ¡dígalos! Está bien pedir cambios o buscar otro proveedor.

Después de su primera visita, piense en estas preguntas:

- ¿Confía en su proveedor? ¿Sintió que se preocupaba por su salud? ¿Por usted como persona?
- ¿Se sintió escuchado? ¿Se atendieron sus necesidades de salud?
- ¿Su proveedor respondió sus preguntas de una manera que usted pudiera entender?
- ¿Su proveedor utilizó palabras que usted pudiera entender? ¿Habló lo suficientemente despacio? ¿Prestó atención a lo que quería decir? ¿Habló de una manera que lo hiciera sentir cómodo?
- ¿Sintió que su proveedor mostró interés en sus inquietudes?
- Cuando lo examinaron y le hablaron sobre su salud, ¿el proveedor respetó sus opiniones, cultura y creencias? ¿Es un lugar al que se sentiría cómodo volviendo?
- ¿Le brindaron la asistencia que solicitó, ya sea un intérprete, traducción o una forma alternativa a los materiales escritos? ¿Pudo moverse por el consultorio y usar el equipo médico sin barreras?
- ¿Sintió que su proveedor y el personal de la oficina lo trataron de manera justa?
- ¿Podría comunicarse con su proveedor o con el personal del consultorio si necesita hacer una pregunta?

Si respondió **“Sí”** a cada una de estas preguntas, ¡es posible que haya encontrado un proveedor adecuado para usted!

Si respondió **“No”** a cualquiera de estas preguntas, considere visitar a otro proveedor dentro de ese consultorio o encontrar otro proveedor en su red.



Paso 8:

PRÓXIMOS PASOS DESPUÉS DE SU CITA

Después de su cita, le mostramos cómo mantenerse al día con su salud.

Surta cualquier receta que su proveedor le haya dado. Si su plan de salud o de medicamentos tiene farmacias preferidas con costos más bajos, pídale una lista. También puede pedirle a su proveedor que le recomiende una farmacia. Algunas farmacias ofrecen servicio de entrega.



Visitará a su proveedor de atención primaria para recibir atención preventiva y ayuda para controlar afecciones crónicas, así como cuando se sienta enfermo. Incluso si visita a un especialista para un servicio o afección específica, siempre volverá a su proveedor de atención primaria.



Pídale a su proveedor o a su personal que le notifiquen cuándo le corresponde su próxima visita o el examen de salud recomendado. Solicite una cita para esa visita tan pronto como pueda. Escríbalo en algún lugar donde lo recuerde o en la parte posterior de esta guía.



Si tiene preguntas o inquietudes entre las visitas, llame a su proveedor. Pueden ayudar a responder preguntas sobre su salud y bienestar. También pueden ajustar cualquier medicamento que tome.



Lleve un registro de su salud. Es posible que pueda leer un resumen de su visita, controles, plan de atención, medicamentos y cualquier resultado de exámenes o pruebas en el sitio web o portal del proveedor. Esto puede variar dependiendo de su plan de salud y cobertura.



Siga las recomendaciones de su proveedor. Por ejemplo, si le dijeron que fuera a un especialista, ¿pidió una cita?



- **Programe un recordatorio.** Póngalo en su calendario o utilice una aplicación en su teléfono.
- **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a su proveedor. Haga las preguntas que sean necesarias hasta entender los pasos a seguir. Considere pedirle a alguien en quien confíe que lo acompañe a su próxima visita.
- **Recuerde poner su salud primero y dedicarle tiempo.** Algunos proveedores ofrecen días laborables extendidos u horarios de fin de semana.
- **Si le preocupa no poder pagar su atención, puede haber maneras de reducir el costo.** Es posible que su proveedor pueda darle un medicamento más barato. O puede calificar para programas que lo ayuden con sus gastos médicos. Pregunte por ellos.
- **Si la forma en que su proveedor o el personal del consultorio hablaron o actuaron hizo que no quisiera regresar o escucharlos, dígalos o considere cambiar de proveedor.** El proveedor adecuado lo tratará con respeto y satisfará sus necesidades lingüísticas, culturales, de movilidad o de otro tipo.
- **Recuerde qué al recibir la atención preventiva adecuada para usted, es más probable que su proveedor encuentre una enfermedad o problema a tiempo y lo ayude a mejorar más rápido.**

Leer su Explicación de beneficios (EOB)

Es posible que reciba una [EOB](#) de su plan de salud luego de visitar al proveedor. Le mostrará los cargos totales por su visita y cuánto deben usted y su plan de salud. Una [EOB](#) NO ES UNA FACTURA. También puede usarlo para hacer un seguimiento de cómo usted y su familia usan su cobertura. Es posible que reciba una factura a parte del proveedor.

Pague sus facturas.

Pague sus facturas y guarde toda la documentación en un lugar seguro. Algunos proveedores no lo atenderán si tiene facturas impagas. Es posible que pueda pagar sus facturas en línea o por teléfono. Esto puede variar dependiendo de su plan de salud y cobertura.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de su plan de salud, es posible que pueda [apelar](#). Si cree que se le cobró por pruebas o servicios que su cobertura debe pagar, conserve la factura. Llame a su plan de salud de inmediato. Los planes de salud tienen centros de llamadas y apoyo para ayudarlo.

Consejo rápido:

Comuníquese con su plan de salud si tiene preguntas sobre su [EOB](#).

Aquí hay un ejemplo de una Explicación de beneficios

El número de servicio al cliente de su plan de salud puede estar cerca del logotipo del plan o en la parte posterior de su EOB.

- 1. **Números de teléfono:** Puede llamar a su plan de salud si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o qué incluye su cobertura.
- 2. **Beneficiario** es la persona que recibirá cualquier reembolso por pagar en exceso la reclamación.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Fecha del extracto: XXXXXX
Número de documento: XXXXXXXXXX

Número de servicio al cliente: 1-800-123-4567

Nombre del afiliado:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código postal:

ID: XXXXXXXX Grupo: ABCDE Número de grupo: XXXXX

Nombre del paciente: XXXXXX 1 Proveedor: Número de reclamación: XXXXXXXX
Fecha de recepción: XXXXXXXXXX 2 Beneficiario: Fecha de pago: XXXXXXXX

- 3. **Descripción del servicio** muestra los servicios de salud que recibió, como una visita médica, una prueba de laboratorio o un examen de detección.
- 4. **Cargos del proveedor** es el monto que su proveedor factura por su visita.
- 5. **Cargos permitidos** es el monto que se le pagará a su proveedor; puede no coincidir con los cargos del proveedor.

Detalle de la reclamación				Lo que su proveedor puede cobrarle		Su responsabilidad			Valor total de la reclamación		
N.º de línea	Fecha del servicio:	3 Descripción del servicio:	Estado de la reclamación:	4 Cargos del proveedor:	5 Cargos permitidos:	Copago:	Deducible:	Coseguro	6 Pagado por la aseguradora	7 Lo que adeuda	8 Código de observación
1	20/3/22 20/3/22	Atención de salud	Pagado	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2.15	\$0.00	PDC
2	20/3/22 20/3/22	Atención de salud	Pagado	\$375.00	\$118.12	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$83.12	\$35.00	PDC
			Total	\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$85.27	\$35.00	PDC

Código de observación: PDC—El monto facturado es superior al pago máximo que el seguro permite. El pago es por el monto permitido.

- 6. **Pagado por la aseguradora** es el monto que su plan de salud pagará a su proveedor.
- 7. **Lo que adeuda** es el monto que adeuda después de que su aseguradora haya pagado todo lo demás. Es posible que ya haya pagado parte de este monto. Puede que los pagos realizados directamente a su proveedor no sean restados de este monto.
- 8. **Código de observación** es una nota del plan de salud que explica más sobre los costos, cargos y montos pagados por su visita.



Apelación

Una solicitud para que su plan de salud revise una decisión que niega un beneficio o pago.

Coseguro

El porcentaje de los costos de un servicio de atención de salud cubierto que paga (20%, por ejemplo) después de haber pagado su deducible.

Copago

Un monto fijo (\$20, por ejemplo) que paga por un servicio de atención de salud cubierto después de haber pagado su deducible.

Deducible:

El monto que adeuda por los servicios de atención de salud que cubre su plan de salud antes de que su plan de salud comience a pagar. Con un deducible de \$2,000, por ejemplo, usted paga los primeros \$2,000 de servicios cubiertos.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma o afección de gravedad que requeriría que una persona responsable buscase atención médica de inmediato para evitar daños mayores.

Servicios de emergencia

Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos

Servicios que su plan de salud no paga ni cubre.

Explicación de beneficios (EOB)

Un resumen de los cargos de atención de salud que su plan de salud le envía después de visitar a un proveedor u obtener un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención que recibió y cuánto le está cobrando su proveedor a su plan de salud.

Formulario de medicamentos

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de salud que ofrece beneficios de medicamentos. También se llama lista de medicamentos.

Atención hospitalaria ambulatoria

Atención en un hospital en la que generalmente no se requiere pasar la noche.

Coseguro dentro de la red

La parte que usted paga por un servicio de salud cubierto después de haber pagado su deducible. Este monto es un porcentaje dado (por ejemplo, 20%). Los copagos dentro de la red generalmente son menores que los copagos fuera de la red.

Copago dentro de la red

Un monto fijo que paga por un servicio de atención de salud cubierto después de haber pagado su deducible, si su plan tiene uno (por ejemplo, \$15). Los copagos dentro de la red generalmente son menores que los copagos fuera de la red.

Red (también llamado dentro de la red)

Las instalaciones, los proveedores y los distribuidores que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de atención de salud.

Fuera de la red

Un proveedor que no tiene un contrato con su plan de salud para brindarle servicios. Por lo general, pagará más por usarlos.

Coseguro fuera de la red

La parte que paga por los servicios de proveedores que no trabajan con su plan de salud. Este monto es un porcentaje (por ejemplo, 40%). El coseguro fuera de la red generalmente le cuesta más que el coseguro dentro de la red.

Copago fuera de la red

Un monto fijo que paga por los servicios de proveedores que no trabajan con su plan de salud (por ejemplo, \$30). Los copagos fuera de la red generalmente son más altos que los copagos dentro de la red.

Gasto de bolsillo máximo

Lo máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de pagar este monto por atención y servicios dentro de la red, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

Autorización previa (también llamada aprobación previa o precertificación)

Una decisión de su plan de salud de que un servicio, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. Su plan de salud puede requerir autorización previa para ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su plan de salud cubrirá el costo.

Prima

El monto que paga por su plan de salud de forma regular, por ejemplo, cada mes.

Servicios preventivos

Atención de salud de rutina que incluye exámenes de detección, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Proveedor de atención primaria

Un médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática), enfermera practicante, enfermera clínica especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención de salud.

Especialista

Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes. Estos proveedores diagnostican, controlan, previenen o tratan ciertos tipos de afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que está más capacitado en un área específica de la atención de salud.

Telesalud

El uso de una computadora, teléfono u otro dispositivo para recibir atención de salud cuando usted y su proveedor están en lugares diferentes

ENLACES ÚTILES

Obtener cobertura

Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

insurekidsnow.gov

Mercado de seguros médicos¹

healthcare.gov/quick-guide/one-page-guide-to-the-marketplace

healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip

Medicare

medicare.gov/sign-up-change-plans/get-started-with-medicare/join-a-plan/how-can-i-sign-up-for-medicare-and-choose-a-plan

¹ Health Insurance Marketplace[®] es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.



Obtener atención

Encontrar un proveedor

Evaluaciones y valoraciones de proveedores locales
[healthgrades.com](https://www.healthgrades.com)

Para personas con discapacidades

[cms.gov/files/document/guide-people-disabilities-spanish.pdf](https://www.cms.gov/files/document/guide-people-disabilities-spanish.pdf)

Salud conductual

[cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Roadmap-to-Behavioral-Health-508-Updated-2018.pdf](https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Roadmap-to-Behavioral-Health-508-Updated-2018.pdf)

Telesalud

[cms.gov/files/document/c2c-telehealth-patient-toolkitdigital508c.pdf](https://www.cms.gov/files/document/c2c-telehealth-patient-toolkitdigital508c.pdf)
[telehealth.hhs.gov/patients](https://www.telehealth.hhs.gov/patients)

Medicamentos

Guía para el uso seguro de medicamentos
[health.gov/myhealthfinder/topics/everyday-healthy-living/safety/use-medicines-safely](https://www.health.gov/myhealthfinder/topics/everyday-healthy-living/safety/use-medicines-safely)

Administrar los costos

Mi cobertura de salud resumida
[cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/MyHealthCoverage.pdf](https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/MyHealthCoverage.pdf)



Siga su camino.



go.cms.gov/c2c

Esta guía fue impresa, publicada o producida
y difundida a expensas de los contribuyentes estadounidenses.
Fecha de revisión: Mayo de 2022
Publicación n.º 11813-S