



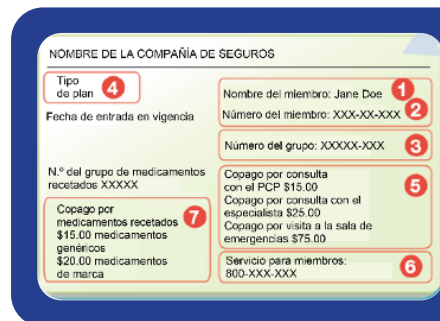
# Entender los documentos de su póliza de seguro de salud

Cuando compra una póliza de seguro de salud, la compañía de seguro acepta brindarle protección económica si se enferma o se lastima, ayudándole a pagar los servicios de atención de salud que usted vaya a necesitar. También aceptan brindar servicios preventivos y pruebas de detección que se le deben proporcionar sin costo alguno para usted. Más allá de eso, los beneficios adicionales y la cobertura que le proporciona su póliza son diferentes según cada compañía y póliza de seguros. Sin embargo, es esencial saber qué abarca el plan. Tal vez no necesite estos servicios ahora, pero usted o un familiar pueden necesitarlos en el futuro y es mejor para todos si conoce los detalles de su póliza del seguro de salud con antelación.

## ¿A QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESTARLES ATENCIÓN?

### Tarjeta de identificación del suscriptor/miembro

Después de comprar la póliza del seguro de salud, la compañía de seguros le proporcionará una tarjeta del seguro. Esta también es conocida como tarjeta de identificación del miembro o tarjeta de identificación del suscriptor. Durante su primera visita al médico o a la farmacia, asegúrese de darles esta tarjeta. Es posible que hagan una copia de su tarjeta del seguro para su registro, pero recomendamos tener la tarjeta a mano en sus siguientes visitas por si a caso. Siempre debe llevar la tarjeta en su persona, por si ocurre una emergencia y tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias de inmediato.



- 1 Nombre del miembro: Éstos se imprimen generalmente en su tarjeta.
- 2 El número del miembro, también conocido como número del suscriptor: cada persona cubierta por una póliza del seguro de salud tiene un número de identificación único para cada miembro. Este número se usa para identificarlo y para que su proveedor sepa cómo facturarle a su plan de salud. Si su cónyuge o hijos también están en la cobertura, los números de miembros pueden ser parecidos.
- 3 Número del grupo: este número se utiliza para monitorear los beneficios específicos del plan. También se utiliza para su identificación y para que su proveedor sepa cómo facturarle a su seguro.
- 4 Tipo de plan: es posible que su tarjeta tenga un rótulo (etiquetas de clasificación) como HMO, PPO, HSA, "Open" u otra palabra para describir el tipo de plan que tiene. Estos rótulos indican qué tipo de red tiene su plan y qué proveedores están "dentro de la red" para usted.
- 5 Copago: estos son las cantidades que deberá cuando reciba atención de salud.
- 6 Números de teléfono: si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o qué incluye su cobertura, puede llamar a su plan de salud. Casi siempre, los números de teléfono se encuentran en el reverso de la tarjeta.
- 7 Copago por medicamentos recetados: estos son las cantidades que deberá por cada medicamento recetado que haya surtido.





## Resumen de beneficios y documentos de cobertura

La información proporcionada en el documento de resumen de beneficios y cobertura es importante no solo después de comprar la póliza, sino también al momento de comprar la cobertura. Tiene la opción de revisar los documentos antes de comprar para analizar los beneficios ofrecidos y los precios. Estas pólizas también deben ofrecer dos casos de salud diferentes, así como ayudar a las personas a comparar los beneficios y precios. Los dos casos son atención por embarazo/alumbramiento y la atención de la diabetes.

Debe recibir copias del resumen de beneficios y cobertura en instancias importantes del proceso de inscripción, como en la inscripción o renovación. Sin embargo, puede solicitar una copia de dicho documento en cualquier momento.

**Primera página** | La primera página de estos documentos contiene preguntas importantes, como: ¿cuál es el deducible general para el plan? ¿Necesito una referencia para ver a un especialista? ¿Cuánto es lo máximo que pagaré en un año por los servicios de atención de salud bajo este plan? Y brinda respuestas a estas preguntas en un lenguaje sencillo y fácil de entender. Además, si consulta el documento en línea, es fácil hacer clic en un término del seguro de salud que tal vez no reconozca y obtener una definición rápida.

**Segunda página** | En la segunda página de este documento, se analizan acontecimientos médicos comunes, como las consultas con el médico, las pruebas como radiografías y de laboratorio, los medicamentos, las cirugías y la atención en la sala de emergencias. Indica lo que pagará si utiliza proveedores dentro de la red de su plan de proveedores de salud contratados o si opta por proveedores fuera de la red. También enumera cualquier limitación, excepción e información importante adicional que puede necesitar saber sobre un servicio de salud en particular.

**Tercera página** | Esta página enumera los servicios que no están incluidos. Un ejemplo de un servicio que por lo general no se incluye es la cirugía estética. Lo más probable es que su seguro de salud no pague por servicios como la cirugía plástica u otros procedimientos que se realizan solo por cuestiones de apariencia.

Esta página también indica otros servicios que esta póliza cubre con limitaciones o solo en determinadas circunstancias.

**Última página** | La última página de estos documentos muestra ejemplos y estimaciones de cómo el plan cubre la atención médica que puede necesitar. El documento describe lo que pagaría la póliza en comparación con lo que el titular de la póliza sería responsable de pagar.

## Descripción resumida del plan

Este documento es similar al resumen de beneficios y cobertura ya que sirve para proporcionar información fácil de entender sobre las pólizas. Sin embargo, el propósito de este documento es diferente. Si obtiene el seguro de una fuente que no sea su empleador o el empleador de su cónyuge, no recibirá este documento. Esta descripción resumida del plan aplica solo para las personas que reciban su seguro de salud por parte del empleador. Este es un requisito del Departamento de Trabajo.

## Lenguaje y condiciones de la póliza

Las condiciones de la póliza de su plan también se pueden llamar folleto del plan, documento del plan, documento de la póliza y es el más completo de todos los documentos del plan. Proporciona información como:

- Información sobre elegibilidad (quién tiene cobertura: individuo, cónyuge, dependientes, etc.)
- Información detallada sobre los beneficios cubiertos
- Información sobre las exclusiones/beneficios no cubiertos
- Cómo presentar una reclamación
- Cómo presentar una apelación si se deniega la cobertura
- Beneficios no médicos, si se incluyen en su póliza (dentales o de la visión)
- La forma más fácil de obtener esta información se encuentra en el portal del miembro o en el sitio web de su póliza de salud

