

RECURSOS

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BOSTON CHILDREN'S HOSPITAL:

Centro de recursos de asistencia financiera y de facturación.
childrenshospital.org/patient-resources/customer-service/financial-and-billing-matters 617-355-3397

PROGRAMA CENTER FOR HEALTHCARE FINANCING ENHANCED COORDINATION OF BENEFITS (ECOB) DE MASSACHUSETTS:

ECOB ayuda a complementar con seguro privado la cobertura de los miembros de MassHealth.
ecob@umassmed.edu 800-462-1120 opción 5

DISABILITY LAW CENTER:

Agencia de protección y defensa de personas con discapacidades de Massachusetts.
dlc-ma.org 617-723-8455

HEALTHCARE.GOV:

Sitio web interactivo que ayuda a encontrar opciones de cobertura.
healthcare.gov 800-318-2596

CENTRO DE RECURSOS DE SEGUROS DE SALUD:

Información general y específica para cada estado, y glosario de términos de atención médica.
healthinsurance.org

MEDICARE.GOV:

Sitio web oficial de Medicare del Gobierno de los Estados Unidos.
medicare.gov 800-633-4227

ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL:

Sitio web que explica los beneficios para personas con discapacidades.
ssa.gov/disability 800-772-1213

Si no tienes seguro de salud o no sabes cómo conseguir uno, estos recursos podrían resultarte útiles:

HEALTH CARE FOR ALL:

Organización sin fines de lucro que ofrece información sobre acceso a la atención médica, asistencia legal, organización comunitaria y educación pública.
hcfama.org 800-272-4232

CONECTOR DE SALUD DE MASSACHUSETTS:

Mercado estatal de seguros de salud, facilita la búsqueda y compra de cobertura dental y médica asequible a personas, familias y pequeñas empresas de Massachusetts.
betterhealthconnector.com 877-623-6765

©2016 Boston Children's Hospital. Todos los derechos reservados. Para permisos, comuníquese con el Programa de Educación para Pacientes y Familiares del Departamento de Educación e Informática Clínica del Boston Children's Hospital, 300 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, family.ed@childrens.harvard.edu

 **Boston Children's Hospital**
Social Work Department Transition Committee

Boston Children's Hospital, 2016 All rights reserved. 1/29/2016 #163027s
A Young Adult's Guide to Health Insurance (Spanish)

Impreso en marzo de 2016. Toda la información de esta guía está actualizada hasta la fecha de su publicación. Consulta con tu compañía de seguro para obtener información específica sobre tu plan y tus beneficios.

Guía de seguros de salud para adultos jóvenes





 **Boston Children's Hospital**
Social Work Department Transition Committee

La cobertura de salud y tú

¿QUÉ ES EL SEGURO DE SALUD?

Es una manera de pagar la atención médica. Si te lesionas o enfermas, te protege de tener que pagar todo el costo de los servicios.

NOTA: Cada plan de seguro de salud es diferente y cubre distintos costos. Hasta los 26 años de edad, puedes estar en el plan de seguro de salud de tus padres. También puedes tener un seguro de salud por medio de:

-  Tu trabajo
-  Empresas privadas de seguro de salud
-  Planes de la universidad
-  Medicaid o el Departamento de Asuntos de Veteranos los Estados Unidos.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL SEGURO DE SALUD?

El seguro de salud es importante porque:

TE PROTEGE de gastos médicos altos e inesperados. Aunque seas joven y goces de buena salud, el costo de la atención médica por un accidente o una enfermedad podría hacer que termines debiendo mucho dinero.

TE PERMITE PAGAR MENOS por ciertos servicios médicos asociados a tu plan.

PUEDO DARTE ACCESO GRATUITO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE CIERTAS ENFERMEDADES, como vacunas, pruebas de detección y exámenes médicos. Sin embargo, cada plan ofrece diferentes beneficios, así que infórmate bien acerca de lo que está cubierto de forma gratuita.

¿ES NECESARIO QUE TENGA UN SEGURO DE SALUD?

Tener un seguro de salud es importante. En los Estados Unidos, todas las personas sin seguro de salud tienen que pagar una multa. Esto significa que deben pagarle más impuestos al gobierno. Además, algunos planes de seguro de salud te evitan pagar honorarios que muchas personas sin seguro sí tienen que pagar.

¿PUEDO ESTAR EN EL PLAN DE SEGURO DE MIS PADRES?

Si tus padres tienen seguro de salud por medio del empleo, puedes seguir cubierto por su plan hasta cumplir **26 años de edad**. Y generalmente puedes continuar en el plan de Medicaid de tu familia hasta los **19 años de edad**.

Para confirmar si puedes seguir cubierto por el plan de tus padres, consulta con su plan de seguro.

¿PUEDO UNIRME AL PLAN DE MEDICARE DE MIS PADRES?

No. Los planes de Medicare no ofrecen cobertura familiar.

¿QUÉ ES MASSHEALTH?

MassHealth es un programa público de seguro de salud para residentes de Massachusetts de ingresos bajos a medios. **Nota:** Si has estado cubierto por un plan familiar de MassHealth, al cumplir 19 años se considerará que eres una persona independiente y tendrás que solicitar el seguro individual de MassHealth. Visita mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth

CENTROS DE INSCRIPCIÓN DE MASSHEALTH:

Para acelerar el proceso de inscripción en MassHealth, visita una oficina de asesoramiento financiero en el centro de salud de tu vecindario, el hospital de tu comunidad o aquí, en Boston Children's Hospital. Para comunicarte con los asesores financieros de Boston Children's, llama al 617-355-7201.

LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO DE 2012 introdujo grandes cambios en nuestro sistema de atención médica y la manera en que funcionan los seguros. Esto ha facilitado la disponibilidad de los seguros de salud y podría abaratar su costo. Los cambios se están introduciendo gradualmente cada año. Este sitio web puede ayudarte a enterarte de los cambios más recientes y cómo podrían afectarte: Visita healthcare.gov

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?

Es un mercado en línea donde puedes buscar, comparar y comprar planes de seguro. Te permite ver si cumples con los requisitos para recibir ayuda del gobierno para pagar tu plan de seguro de salud. Puedes obtener más información en healthcare.gov.

¿QUÉ ES UN SEGURO DE SALUD PRIVADO O PROVISTO POR EL EMPLEADOR?

Los seguros de salud privados suelen ser ofrecidos por el empleador (el lugar donde tú o tus padres trabajan) a las personas que trabajan a tiempo completo. Algunos empleadores ofrecen un solo tipo de plan. Otros te permiten elegir el tipo de plan, por ejemplo, una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). El empleador paga una parte del costo del seguro. Harvard Pilgrim Health Care, Blue Cross Blue Shield y Cigna son algunos ejemplos de compañías de seguro privadas.

¿QUÉ ES UN SEGURO PÚBLICO?

Tal vez cumplas con los requisitos de programas del gobierno como Medicaid o Medicare. Medicaid es un programa de seguro médico estatal y federal para personas con bajos ingresos, con o sin discapacidades. Los programas Medicaid Waiver cubren a adultos jóvenes con necesidades especiales que cumplen ciertos requisitos. Para obtener más información sobre Medicaid, visita cms.gov.

Massachusetts ofrece varios planes públicos y privados por medio de MassHealth y Commonwealth Care. Pueden ser gratuitos o de muy bajo costo. Para más información, lee "¿Qué es MassHealth?" a continuación o visita el sitio web mahealthconnector.org.

PROGRAMAS DE SALUD PARA ESTUDIANTES

Generalmente se requiere que los estudiantes universitarios tengan un seguro de salud. Las universidades tienen la obligación de ofrecerles cobertura. Estos planes se llaman Programas de Salud para Estudiantes (SHP, por sus siglas en inglés).

Los estudiantes que se matriculan en una universidad de Massachusetts tienen que pagar el plan SHP de su lugar de estudios o deben demostrar que tienen otro seguro médico con "cobertura similar".

Recuerda que la cobertura de los SHP tal vez no sea adecuada y que los costos podrían ser altos si tienes un problema crónico de salud o tomas medicamentos con regularidad.

Comunícate con el Departamento de Servicios de Salud o la Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades de tu universidad para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud que ofrece.

¿DÓNDE PUEDO COMPRAR SEGURO?

Cada año, hay un período de inscripción abierta durante el cual puedes cambiar tu plan o comprar uno. A menos que hayas tenido un cambio de vida importante, como tener un hijo, casarte o mudarte permanentemente, este es el único momento en que puedes comprar o cambiar tu plan.

¿QUÉ DEBO CONSIDERAR AL ELEGIR UN PLAN DE SALUD?



COMPARA TODOS LOS COSTOS, incluyendo:

- La prima mensual
- Lo que tú pagas por la atención de rutina (chequeos habituales, citas médicas y recetas)
- Lo que podrías tener que pagar antes de que empiece la cobertura del seguro (incluye deducibles, coseguros y copagos)



CALCULA CUÁNTAS CITAS podrías tener cada año con tu médico de atención primaria o con especialistas para elegir el plan que más te convenga.



CONSIDERA QUÉ MEDICAMENTOS RECETADOS TOMAS regularmente. Calcula cuánto costarían en el plan que estás considerando.



INCLUYE EL COSTO DE SERVICIOS DE APOYO MÉDICO: Esto podría incluir inyecciones, suministros y procedimientos médicos.



CONFIRMA QUE LOS MÉDICOS Y ESPECIALISTAS que te atienden están cubiertos por el plan de seguro de salud que estás considerando.



AVERIGÚA SI TU EMPLEADOR O SEGURO OFRECE UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES para abaratar aún más tus costos.

USA ESTA TABLA para calcular tus costos estimados, y decide qué plan es el que más te conviene.



COMPARA TUS OPCIONES

PLAN	EJEMPLO	OPCIÓN A	OPCIÓN B
PRIMA (cantidad que se paga, generalmente por mes, por pertenecer a un plan de salud)	\$58 x 12 meses = \$696		
DEDUCIBLE (cantidad que se paga antes de que empiece la cobertura del seguro)	\$500		
CITA DE ATENCIÓN PRIMARIA (generalmente con un médico de familia, internista, ginecólogo o pediatra; es el primer punto de contacto con el sistema de salud)	Copago de \$25* por cita (2 citas por año) <i>*Un copago es una cantidad fija que se paga cada vez que se ve al médico; el seguro paga el resto.</i>		
CITAS CON ESPECIALISTAS (cita con alguien diferente del médico de atención primaria; generalmente requiere un referimiento de éste)	Copago de \$35 por cita (1 cita por mes).		
VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS (muchos planes de seguros no cobran nada si el paciente es ingresado al hospital)	Copago de \$125 por visita		
HOSPITALIZACIONES	Copago de \$1200 por hospitalización		
FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y OTRAS TERAPIAS	Copago de \$35/visita		
RECETAS (los medicamentos se dividen en diferentes niveles —“tiers”, en inglés— según el costo; si te recetan un medicamento del nivel 3, pregúntale a tu médico si hay uno equivalente pero menos caro)	\$10 = Nivel 1 (2 medicamentos por mes) \$20 = Nivel 2 \$30 = Nivel 3 <i>Nivel 1 = el menos caro, genérico Nivel 2 = precio intermedio Nivel 3 = el más caro</i>		
DESEMBOLSO MÁXIMO (límite anual de gastos del paciente, excluyendo el costos de primas)	\$2500 por año		
LÍMITE ANUAL (límite anual de dólares o tipos de beneficios; una vez que has alcanzado el límite, tienes que pagar todo el costo de los servicios de salud por el resto del año)	\$1.250.000		
OTROS DETALLES (cobertura de servicios de salud mental, vista, maternidad, gastos de transporte a citas y por hospitalizaciones, reembolsos de membresías en gimnasios, programas para perder peso y de otro tipo, gastos médicos adicionales)			
ESTIMACIÓN DE GASTOS ANUALES	\$696 (prima) + \$500 (deducible) + \$50 (citas con el médico de atención primaria) + \$420 (citas con especialistas) + \$840 (citas de salud mental) + \$240 (recetas) = \$2746		

GLOSARIO

ARREGLO ESPECIAL: Arreglo por el cual se elimina un servicio de la cobertura de un plan, por ejemplo, salud mental, pero se lo ofrece por contrato con otro grupo de profesionales. Esto se conoce como “carve-out” en inglés.

COPAGOS: Algunos planes cobran copagos por ciertos tipos de citas médicas, por ejemplo, \$10 por cada cita médica y \$75 por cada visita a una sala de emergencias.

COSEGURO: Costos que una persona debe pagar por servicios después de haber pagado un deducible. El coseguro se suele especificar como porcentaje. Por ejemplo, el empleado paga el 20% del costo de un servicio, y el empleador o la compañía de seguro paga el 80% restante.

CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA, por sus siglas en inglés) Es similar a la cuenta de gastos flexibles, con la diferencia de que si no se han gastado todos los fondos para fin del año, se transfieren al año siguiente.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA, por sus siglas en inglés) Cuenta especial que se abre por medio del empleador para gastos médicos que el seguro no cubre. Tú ahorras porque tu empleador deduce el dinero automáticamente de tu cheque de pago antes de descontar impuestos. Pero, si al final del año no has gastado todos los fondos de la cuenta, los pierdes.

DEDUCIBLE: Cantidad que una persona debe pagar por la atención médica antes de que el seguro cubra los costos. Los planes de seguro suelen fijar las cantidades deducibles anuales.

DESEMBOLSO MÁXIMO: Cantidad límite que se paga cada año calendario por servicios de salud; incluye copagos y deducibles.

EXCLUSIONES: Enfermedades, tratamientos o servicios que un plan de salud no cubre. Deben estar estipulados claramente en los materiales que el plan te da.

INSCRIPCIÓN ABIERTA: Período fijo, generalmente a fin de año, en el que puedes inscribirte en un plan de salud grupal o cambiar de plan. Fuera de ese período, esto se permite sólo en caso de cambios en la vida como matrimonio, nacimiento o divorcio. Por ejemplo, si la póliza estipula un desembolso máximo de \$1.000 y te enfermas y necesitas muchos servicios médicos, el máximo que tienes que pagar por año es \$1.000. Después de alcanzar ese límite, el seguro cubre los costos.

PROVEEDORES DE FUERA DE LA RED: Médicos que no tienen contrato con el plan del seguro de salud. Tú podrías ser el responsable de toda la factura.

PROVEEDORES DE LA RED: Médicos que tienen un contrato con el plan del seguro de salud; si te atiendes con ellos, pagas menos.

REFERIMIENTO: Orden escrita del médico de atención primaria para ver a un especialista o recibir ciertos servicios. En muchas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), se necesita un referimiento para poder ser atendido por médicos diferentes del médico de atención primaria. Si no obtienes un referimiento de antemano, el plan tal vez no cubra los servicios.