

Guía de compra de planes de salud



Use esta guía para ayudarle a elegir un plan de seguro de salud a través de Massachusetts Health Connector.



Paso 1: Entérese para qué planes es elegible

Primero, usted deberá saber qué planes tiene disponibles. Si envió su solicitud por Internet, usted podrá ver sus opciones de planes después de completar la solicitud y hacer clic en el botón **Buscar un plan**. Si envió una solicitud impresa o hizo su solicitud por teléfono, puede buscar los planes disponibles en su área visitando **MAhix.org/individual** y haciendo clic en **Vista previa de planes**, a la mitad de la página de inicio. También puede llamar a Servicios al Cliente.



Paso 2: Compare los costos

El costo total de su cobertura incluirá los pagos de las cuotas mensuales y los costos de bolsillo. En general, cuanto menor sea su cuota mensual, mayores serán sus costos de bolsillo cuando obtenga servicios cubiertos. Puede encontrar una lista de los beneficios incluidos en todos los planes de Health Connector en la página 4.

Nuestros planes están organizados por niveles metálicos, lo que le permite comparar más fácilmente las cuotas y los costos de bolsillo de los planes. Obtenga más información sobre los niveles metálicos en la página 5.

Use nuestra hoja de trabajo en la página 3 para ver cuánto podrían ser sus costos de bolsillo, según los servicios de salud que cree que necesitará durante el año.



Paso 3: Consulte los proveedores y medicamentos con receta cubiertos por los planes

Una vez que haya determinado sus opciones de planes, vea si los proveedores que quiere usar para obtener cuidados (como médicos, hospitales o centros médicos) y cualquier medicamento con receta que necesite estén cubiertos por un plan antes de inscribirse. Para averiguar qué planes cubren sus proveedores y medicamentos con receta, use nuestra herramienta en Internet en **PlanFinder.MAhealthconnector.org**.



Paso 4: Elija su nuevo plan e inscribese

Una vez que haya obtenido más información sobre los costos de un plan y haya verificado si los proveedores que quiere están en la red, deberá completar su inscripción. Puede inscribirse por Internet en **MAhealthconnector.org** o llamar a Servicios al Cliente para inscribirse por teléfono al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765) o al número de TTY: 711.

Después de elegir un plan, deberá pagar su primera cuota para completar la inscripción. El pago siempre debe hacerse antes del día **23** del mes anterior al que comience su cobertura.

¿Preguntas?

Visite **MAhealthconnector.org** o llame al **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765) o al número de TTY: 711.

Preguntas para ayudarle a comenzar

Responda las preguntas a continuación antes de buscar y comprar un seguro de salud. Sus respuestas le ayudarán a decidir cuáles son los mejores planes para usted y su familia. Sus respuestas también le ayudarán a saber cuánto podría tener que pagar en costos de bolsillo durante el año.

1. Piense con qué frecuencia usted y las demás personas que están en su plan acceden normalmente a los **servicios de cuidados de salud**. Los servicios de cuidados de salud son servicios como las visitas al médico o someterse a una cirugía. Escriba cuántas veces al año usted espera:

Visitar al médico de cuidados primarios (PCP) _____

Visitar a un especialista _____

Hacerse exámenes, como análisis de sangre o resonancias magnéticas (MRI), como parte del control de una enfermedad crónica _____

Dar a luz, someterse a una cirugía o a otra intervención programadas _____

Si usted obtiene servicios de cuidados de salud con frecuencia, tal vez le convenga elegir un plan con una cuota mensual más alta pero con costos de bolsillos más bajos.

2. ¿Tiene usted o alguna de las personas que están en su plan **medicamentos con receta** que toman con frecuencia? De ser así, para cada medicamento escriba:

Nombre exacto del **medicamento 1** _____

La cantidad de pastillas o dosis que ha adquirido en la farmacia cada mes _____

Nombre exacto del **medicamento 2** _____

La cantidad de pastillas o dosis que ha adquirido en la farmacia cada mes _____

Nombre exacto del **medicamento 3** _____

La cantidad de pastillas o dosis que ha adquirido en la farmacia cada mes _____

Nombre exacto del **medicamento 4** _____

La cantidad de pastillas o dosis que ha adquirido en la farmacia cada mes _____

Asegúrese de que cualquier plan que le interese cubra todos sus medicamentos y averigüe cuáles serán los costos. Puede encontrar esta información con nuestra herramienta en Internet en: PlanFinder.MAhealthconnector.org

3. ¿Hay algún **médico o especialista** al que a usted o alguna de las personas que están en su plan quieran poder consultar? De ser así, escriba los nombres de esos médicos aquí.

4. ¿Tiene usted o alguna de las personas que están en su plan un **hospital o centro de salud** al que les gustaría ir si necesitan cuidados? De ser así, ¿cuál es el nombre del hospital o centro de salud?

Antes de inscribirse en un plan, verifique que los proveedores (como médicos y hospitales) que quiere estén en la red del plan. Puede encontrar esta información con nuestra herramienta en Internet en: PlanFinder.MAhealthconnector.org



Compare sus opciones

Use este cuadro para comparar hasta tres planes.

Use el resto de esta guía para responder las preguntas que tenga mientras completa el cuadro.

Para completar el cuadro, tendrá que consultar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC, en inglés) de cada plan. Puede encontrar los resúmenes en los sitios web de los planes, al igual que en **MAhealthconnector.org**, en la página **Información del plan** de la sección **Aprender** del sitio web.

Usted también deberá saber si sus proveedores están en los planes. Puede averiguarlo usando nuestra herramienta en Internet en **PlanFinder.MAhealthconnector.org**.

Además, puede consultar el sitio web de la compañía de seguros o llamarlos directamente.

- ▶ Para ayudarle a calcular los costos de bolsillo para el año con diferentes planes, puede multiplicar los copagos que menciona a continuación para cada plan por la cantidad de visitas o medicamentos con receta que haya mencionado en la página 2.

	Plan A	Plan B	Plan C
Nombre del plan			
Cuota mensual			
¿Los proveedores y hospitales que quiere están en la red del plan?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Monto del deducible			
Costo máximo de bolsillo (MOOP, en inglés)			
¿Está incluida la cobertura dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay coseguro para algún servicio que pueda necesitar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ■ Si respondió "Sí" arriba, ¿cuánto es el coseguro? 			
¿Cuánto es el copago para las visitas al médico de cuidados primarios (PCP)?			
¿Cuánto es el copago para las visitas a especialistas?			
¿Están cubiertos por este plan los medicamentos recetados que toma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> ■ Si sí, ¿cuánto es el copago por los medicamentos con receta que necesita? 			

Respuestas para ayudarle a elegir un plan

Estas preguntas frecuentes pueden ayudarle a entender los diferentes planes y costos, y ayudarle a decidir qué plan es el adecuado para usted.

1. ¿Qué beneficios cubren los planes de salud?

Todos los planes de salud que usted puede elegir a través de Health Connector ofrecen estos **beneficios de salud**:

- **Cuidados ambulatorios** – Tratamiento que recibe sin ingresar en el hospital
- **Cuidados como paciente hospitalizado** – Tratamiento que recibe en el hospital
- **Tratamiento en sala de emergencias**
- **Cuidado prenatal/posnatal** – Cuidados que recibe antes y después del nacimiento de su bebé
- **Servicios de salud mental y para enfermedades por el uso de sustancias** – Esto incluye tratamiento de salud del comportamiento, asesoramiento y sicoterapia
- **Medicamentos con receta**
- **Servicios y artículos para ayudarle a recuperarse si tiene una lesión o tiene una discapacidad o enfermedad crónica** – Esto incluye terapia ocupacional y física, patología del habla y el lenguaje, rehabilitación siquiátrica y más
- **Pruebas de laboratorio**, como análisis de sangre o pruebas de Papanicolaou
- **Servicios preventivos** – Servicios que le ayudan a mantenerse saludable, como asesoramiento, exámenes de detección de enfermedades, vacunas y exámenes de la vista de rutina
- **Servicios de pediatría** – Servicios para niños, incluye cuidado de la vista

2. ¿En qué se diferencian los planes de salud?

Las diferencias entre los planes de salud incluyen:

- La compañía de seguros que ofrece el plan
- Las redes de proveedores (el médico, los hospitales y otros proveedores en el plan)
- Costos, incluidos las cuotas mensuales y los costos de bolsillo como copagos y deducibles

En la sección **Preguntas para ayudarle a comenzar**, usted escribió los nombres de los médicos y hospitales que quiere asegurarse de tener en el plan que elija. Antes de inscribirse en un plan, use nuestras herramientas

en Internet en **PlanFinder.MAhealthconnector.org** para verificar que los proveedores que quiere y los medicamentos con receta que necesita están incluidos en la red del plan.

También puede llamar a la compañía de seguros directamente para obtener esta información.



Cuando hace una búsqueda o llama a una compañía de seguros para preguntar sobre un proveedor, asegúrese de dar el nombre completo del plan. Por ejemplo, diga: “Fallon Health Select Care Platinum Connector” en lugar de “Fallon Health”.

3. ¿Qué tipo de costos tienen los planes de salud?

Hay cinco tipos de costos en los planes de salud:

- **Cuota:** Este es el costo que usted paga cada mes, sin importar si usa o no usa servicios de cuidados de salud. Usted pagará la factura de su cuota mensual a Health Connector. La cuota siempre debe pagarse antes del 23 del mes.
- **Deducible:** Este es el costo total que usted debe pagar en un año antes de que su plan pague parte de sus servicios o todos sus servicios.
- **Copago:** Este es el costo que usted paga al recibir ciertos servicios de cuidados de salud. Por lo general, usted comienza a pagar copagos después de alcanzar su deducible.
- **Coseguro:** Si un servicio de cuidados de salud tiene coseguro, usted paga un porcentaje (una parte) del costo para obtener ese servicio. Por lo general, usted comienza a pagar coseguro después de alcanzar su deducible. No es un costo fijo como un copago. El monto depende del costo total del servicio.
- **Costo máximo de bolsillo (MOOP, en inglés):** Esto es lo máximo que usted paga en un año por servicios de cuidados de salud. Una vez que usted paga este monto, el plan paga todos sus servicios cubiertos por el resto del año.

Respuestas para ayudarle a elegir un plan *(continuación)*

4. ¿Cuál es la diferencia entre los planes de salud Platinum, Gold, Silver y Bronze?

Los planes de Health Connector están organizados por niveles que reciben nombres de metales. Los niveles metálicos son Platinum, Gold, Silver y Bronze. Los niveles le permiten comparar con más facilidad los planes.

Así funciona:

- Los planes **Platinum** y **Gold** tienen las cuotas más altas (costo mensual) pero los costos más bajos (deducibles y copagos) al recibir servicios de cuidados de salud.
- Los planes **Silver** tienen cuotas que generalmente son más bajas que las de los planes Gold pero tienen costos más altos al recibir servicios de cuidados de salud.
- Los planes **Bronze** tienen las cuotas más bajas pero los costos más altos al recibir servicios de cuidados de salud.

5. ¿Qué es una cobertura catastrófica?

Los planes de cobertura catastrófica solo están disponibles para ciertas personas. Para ser elegible, usted debe ser menor de 30 años o tener una exención por una dificultad elegible ante el gobierno federal. Los planes de cobertura catastrófica solo lo cubren en un evento de salud significativo. Tienen deducibles muy altos. Usted debe pagar casi todos los cuidados de salud hasta que alcanza el deducible. Si se inscribe en un plan de cobertura catastrófica, usted no podrá obtener ayuda para pagar su cobertura, incluso si fuera elegible de otra manera.

6. ¿Qué nivel metálico (Platinum, Gold, Silver o Bronze) debería elegir?

Para elegir un nivel, piense con qué frecuencia usa servicios de cuidados de salud. Es posible que prefiera pagar menos cada mes y pagar más al obtener cuidados. O tal vez quiera pagar más cada mes y pagar menos al obtener cuidados.

Un plan **Platinum** o **Gold** podría ser mejor para usted si:

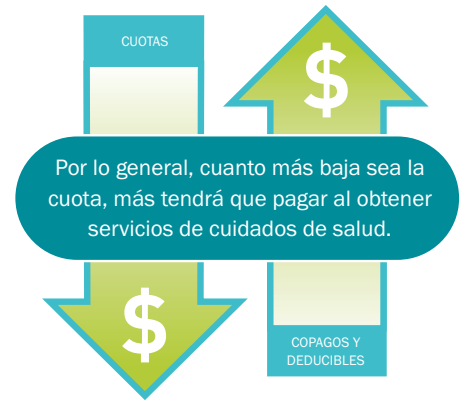
- Tiene una enfermedad crónica (como diabetes) o si piensa que usará muchos servicios de cuidados de salud (como ir al médico, surtir un medicamento con receta o someterse a una cirugía).
- Prefiere pagar una cuota más alta cada mes para pagar menos en copagos y coseguro al obtener servicios de cuidados de salud.

Un plan **Silver** podría ser mejor para usted si:

- Usa algunos servicios de cuidados de salud y no quiere pagar costos de bolsillo muy altos al obtener cuidados.

Un plan **Bronze** podría ser mejor para usted si:

- No usa muchos servicios de cuidados de salud, excepto los cuidados preventivos.
- Prefiere pagar menos por su cuota cada mes y pagar más al obtener cuidados de salud.
- Puede pagar un deducible alto y costos de bolsillo altos si necesita cuidados.



7. ¿Qué es una cuenta de ahorro para gastos de salud (HSA, en inglés)?

Una cuenta de ahorro para gastos de salud (HSA) es una forma de reservar dinero antes de impuestos para usarlo para ciertos costos médicos. Hay algunos planes disponibles a través de Health Connector que son “compatibles con cuentas HSA”, lo que significa que puede configurar una HSA si está inscrito en uno de esos planes. Por lo general, se puede configurar una HSA en una institución financiera, como un banco. Para obtener más información sobre las HSA, vaya a IRS.gov y escriba “HSA” en la herramienta de búsqueda.

8. ¿Cómo comparo mis opciones?

Una vez que elija un nivel metálico (Platinum, Gold, Silver o Bronze), será más fácil comparar sus opciones de planes. Si busca para comprar un plan en MAhealthconnector.org, puede elegir hasta tres planes para comparar en Internet.

9. ¿Qué es una “red pequeña” o “red limitada”?

Una “red pequeña” o “red limitada” es un plan que tiene menos proveedores y cuotas más bajas que otros planes ofrecidos por la misma compañía de seguros. Al buscar y comprar planes en Internet, usted verá una “Nota de la red” si está mirando uno de estos planes. Podría ser una buena opción para usted si cuenta con los proveedores que usted quiere. Antes de inscribirse, use la herramienta **Buscar un proveedor** para ver si sus proveedores están en la red del plan.

Glosario de términos

A continuación se muestra una lista de términos que usted verá y escuchará al elegir su plan de salud. Estos términos pueden ser nuevos para usted. Aprenderlos le ayudará a entender mejor su seguro de salud.

Coseguro

Si un servicio de cuidados de salud tiene coseguro, usted paga un porcentaje (una parte) del costo para obtener ese servicio. Por lo general, usted comienza a pagar coseguro después de alcanzar su deducible. No es un costo fijo como un copago. El monto que usted paga depende del total del costo del servicio.

Copago

Un precio fijo que usted paga cuando obtiene ciertos servicios de cuidados de salud. No todos los servicios requieren un copago.

Deducible

El monto total que usted debe pagar en un año antes de que su plan pague parte de sus servicios o todos sus servicios. Algunos servicios pueden no tener un deducible. Estos pueden ser gratuitos o solo tener un copago, aunque usted no haya alcanzado el deducible.

HMO

Una HMO o Health Maintenance Organization es una organización de mantenimiento de la salud. Si elige un plan que es una HMO, debe usar proveedores dentro de la red para que sus servicios estén cubiertos. Si va a un proveedor fuera de la red, el plan no cubrirá el costo de su cuidado, excepto en caso de emergencia.

Si usted se inscribe en una HMO, tendrá que elegir un médico de cuidados primarios (PCP). Es posible que tenga que obtener una preautorización (remisión) de su PCP si necesita cuidados médicos de un especialista. La mayoría de los planes que ofrece Health Connector son HMO.

Costo máximo de bolsillo (MOOP, en inglés)

Lo máximo que usted paga en un año por servicios de cuidados de salud. Una vez que usted paga este monto, el plan paga todos sus servicios cubiertos por el resto del año. Usted debe continuar pagando su cuota cada mes.

Cuota

El monto que usted paga cada mes por su seguro de salud. Usted debe pagar una cuota cada mes, sin importar si usa o no usa servicios de cuidados de salud. Health Connector le enviará una factura por su cuota cada mes. La cuota siempre debe pagarse antes del 23 de cada mes.

Médico de cuidados primarios (PCP)

El médico que le da servicios y cuidados de salud, como preautorizaciones (remisiones) a especialistas. Si usted se inscribe en una HMO o una EPO (organización de proveedores exclusivos), tendrá que elegir un PCP.

Red de proveedores

Una red de proveedores es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con el plan de salud para proporcionarle cuidados. Cada plan tiene una red. Hay diferentes tipos de redes.

- **Dentro de la red** significa que el proveedor es parte de la red de planes de salud. Si obtiene cuidados de un proveedor dentro de la red, le costará menos.
- **Fuera de la red** significa que el proveedor no es parte de la red de planes de salud. Si obtiene cuidados de un proveedor que está fuera de la red, es posible que su plan no pague por esos servicios y usted tendría que pagar todo o parte del costo.

Planes estandarizados

Ofrecemos planes estandarizados dentro de cada nivel metálico. Los planes estandarizados tienen un conjunto de 21 beneficios principales con los mismos costos de bolsillo, para que sea más fácil compararlos.

Los planes no estandarizados pueden tener distintos costos de bolsillo para todos los beneficios y también se ofrecen dentro de cada nivel metálico. Si ve la palabra "Standard" en el nombre de un plan, significa que los beneficios están estandarizados y podría ser más fácil comparar ese plan con otros planes estandarizados en el mismo nivel metálico.