

Cómo escoger un plan de seguro de salud: cobertura, costos y comparación

Hay tres factores principales que se deben considerar cuando se escoge un plan de seguro de salud: la cobertura, los costos y la comparación entre los planes. Cada factor genera sus propias preguntas particulares. Al considerar cada uno de estos factores, tú puedes escoger el plan más adecuado para ti y tu familia.

COBERTURA

La cobertura significa la gama de servicios de salud que ofrece tu plan de seguro de salud, tales como las visitas al médico, las hospitalizaciones, los cuidados de maternidad, los cuidados de salud en la sala de emergencia y los medicamentos recetados. Tú querrás ver qué ofrece tu plan, si hay límites sobre algunos tipos de servicios o un límite sobre cuántas veces puedes usar esos servicios al año.

- Averigua qué servicios se cubren más allá del cuidado básico y cuáles servicios no se cubren. Si necesitas un tipo específico de cuidado, como servicios ortopédicos, asegúrate de que tu plan ofrezca ese tipo de cobertura.
- Averigua si el plan limita cuáles médicos, hospitales y otros proveedores puedes visitar. Si tienes un médico preferido, ¿forma parte de la red de tu plan de seguro? ¿Qué pasará si quieres ver a un proveedor que está fuera de la red del plan? ¿Tendrás que pagar más? ¿Los médicos y hospitales que forman parte de la red del plan están en una ubicación conveniente para ti?
- Si pasas mucho tiempo fuera del estado donde vives, averigua si puedes obtener servicios para el cuidado de salud en otros estados y cómo es la red de proveedores fuera de tu estado.
- Verifica la cobertura para medicamentos recetados. Asegúrate de que estén cubiertos los medicamentos que tomas regularmente, y si hay descuentos para medicamentos genéricos o si puedes recibir tus medicamentos por correo.

COSTOS

Es importante comprender los costos de tu cobertura.

- Las primas son los pagos mensuales regulares que tú pagas a tu plan.
- El deducible es la cantidad que tienes que pagar por los servicios de salud cada año antes de que el plan comience a cubrir los costos. Digamos que tú tienes un deducible de \$200. Si vas al médico y el costo total es de \$250, tú pagas los primeros \$200 para cubrir el deducible y la compañía de seguros paga \$50. Así, tú has cubierto el deducible para el resto del año calendario. Hay algunos servicios que puedes recibir sin tener que pagar el deducible, tales como los cuidados preventivos.
- El coseguro o copago es la porción del costo que probablemente tengas que pagar cuando vayas al médico, obtengas un medicamento recetado o utilices otro tipo de servicio cubierto por el plan.
 - El coseguro es un porcentaje, como el 20 % de los costos permitidos para una visita al médico. Por ejemplo, si la cantidad autorizada por el plan para una visita al médico es de \$100 y ya has cubierto tu deducible, tu coseguro sería de \$20.
 - El copago es una cantidad monetaria fija. Por ejemplo, quizás tengas que pagar \$15 por cada medicamento recetado o cada visita al médico.
- Los proveedores que están fuera de la red del plan son médicos u otros profesionales de salud que no son parte de tu plan. Verifica si tienes que pagar más al visitar un proveedor fuera de la red de tu plan.

COMPARACIÓN

Una vez que comprendas la cobertura y los costos del plan de seguro de salud, puedes empezar a comparar entre los diferentes planes y escoger el que te dé el mejor valor por la cobertura que necesitas. La ley de salud hace que sea más fácil comprender la cobertura y los costos de los planes de seguro de salud y compararlos. Ahora, todos los planes deben usar el formulario del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés).

Puedes comparar los niveles similares de cada plan porque la información para cada uno se mostrará de la misma manera, usando un lenguaje que es fácil de entender. Lo verás cuando compres cobertura por tu cuenta o a través de tu trabajo, pero no cuando elijas un plan de Medicare. Si tienes cobertura de salud y no has visto el Resumen de Beneficios y Cobertura, pide una copia en el departamento de recursos humanos de tu trabajo o a tu plan de seguro.

Si necesitas un seguro de salud, puedes comprar uno en el Mercado de Seguros Médicos. Este mercado hace que sea más fácil que compares y compres planes y también es una manera de responder a las preguntas que puedas tener sobre la cobertura de salud. A través del mercado, tú puedes:

- Hacer compras en línea y obtener ayuda por teléfono o en persona para encontrar el plan más adecuado para ti y tu familia.
- Comparar los planes de seguro de salud basado en los beneficios, costos y otras características que sean importantes para ti.
- Averiguar qué tipo de ayuda financiera podría obtener para comprar cobertura de salud.

Aprende más

- Averigua cómo la ley de salud trabaja para ti y para tu familia. Para comenzar visita www.MiLeydeSalud.org de AARP.
- Para comprender mejor la ley de salud, visita: www.LeydeSalud.org.
- Usa esta [calculadora del Mercado de Seguros Médicos](#) para obtener un costo estimado de la ayuda financiera para la que podrías calificar, y un costo estimado de cuánto sería tu pago mensual (prima) si compras la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos.