

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 800-462-120 opción 5

DISABILITY LAW CENTER:

Agencia de protección y defensa de personas con discapacidades de Massachusetts.

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. seas.gov/disability 800-772-1213

ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL:

Sitio web que explica los beneficios para personas con discapacidades. ssa.gov

Si no tiene un seguro de salud o no sabe cómo conseguirlo, estos recursos podrían resultarle 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. hcfa.org 800-27-4232

CONEXOR 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. betterhealthconnectors.com 877-623-6765

©2016 Boston Children's Hospital. Todos los derechos reservados. Para permisos, consulte 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. 1/28/2016 #163285
A Parent'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. Consulte con su compañía de seguro para obtener información más reciente.

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. Los cambios para aumentar la disponibilidad de los seguros de salud se están introduciendo gradualmente cada año. Este sitio web puede ayudarte a informarte de los cambios y cómo podrían afectarte. healthcare.gov



ORGANIZACIONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO, por sus siglas en inglés): Con un plan HMO, usted elige un médico de atención primaria. Este médico aprueba todos sus servicios de salud. Esto quiere decir que usted necesita un referimiento ("referral") para ver a cualquier otro profesional de la salud salvo en una emergencia. El seguro generalmente no cubre las citas con profesionales de la salud que no están en la red.

ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO, por sus siglas en inglés): Los planes PPO le dan flexibilidad. Usted no necesita a un médico de atención primaria. Puede ver a cualquier profesional de la salud que deseé dentro o fuera de la red, sin un referimiento. Si está dentro de la red, los copagos son más bajos. Y la cobertura es mayor. Si ve a alguien que no está en la red, le costaría más y tal vez no estén cubiertos todos los servicios.

PLAN DE PUNTO DE SERVICIO (POS, por sus siglas en inglés): Un plan POS es un plan de atención médica administrada que combina los planes HMO y PPO. Al igual que en un plan HMO, usted elige un médico de la red del seguro como médico de atención primaria. Pero, como en un plan PPO, usted puede obtener servicios de salud fuera de la red. Si sale de la red, tiene que pagar la mayor parte del costo, a menos que su médico de atención primaria haga el referimiento. En ese caso, el plan médico podría cubrir el servicio.

PLAN DE PUNTO DE SERVICIO (POS, por sus siglas en inglés): Un plan POS es un plan de atención médica administrada que combina los planes HMO y PPO. Al igual que en un plan HMO, usted elige un médico de la red del seguro como médico de atención primaria. Pero, como en un plan PPO, usted puede obtener servicios de salud fuera de la red. Si sale de la red, tiene que pagar la mayor parte del costo, a menos que su médico de atención primaria haga el referimiento. En ese caso, el plan médico podría cubrir el servicio.

¿QUÉ ES UN SEGURO DE SALUD PRIVADO?

Un seguro de salud privado es un seguro ofrecido generalmente por el empleador. Hay empresas que ofrecen un solo tipo de plan, otras ofrecen varias opciones. Algunas personas tienen que comprar un seguro de salud privado en lugar de obtener uno por medio del empleador. Esto suele ser más caro porque el empleador no paga una parte del costo. Harvard Pilgrim Health Care, Blue Cross Blue Shield y Cigna son algunos ejemplos de compañías de seguro privadas.

¿QUÉ SIGNIFICA "MANAGED CARE"?

Algunos planes de seguro privados colaboran con profesionales de la salud de su red para ofrecer servicios más económicos. Esto se conoce "managed care", que significa atención médica administrada. Hay diferentes tipos de planes de atención médica administrada:

MASSACHUSETTS OFRECE VARIOS PLANES PÚBLICOS Y PRIVADOS
POR MEDIO DE MASSHEALTH Y COMMONWEALTH CARE.

Pueden ser gratuitos o de bajo costo. Para más información, lea "¿Qué es MassHealth?" a continuación o visite el sitio web masshealthconnector.org.

¿QUÉ ES MASSHEALTH? MassHealth es un programa público de seguro de salud para residentes de Massachusetts de ingresos bajos a medios. MassHealth es la combinación de dos programas: Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Si su visto a MassHealth, el costo de su seguro es cubierto por un plan familiar de MassHealth; deberá solicitar su propia cobertura de MassHealth cuando cumpla 19 años. Visite mass.gov/whhs/gov/departments/masshealth

CENTROS DE INSURCIÓN DE MASSHEALTH: Para acceder al proceso de inscripción en MassHealth, visite una oficina de asesoramiento financiero en el centro de salud de su vecindario, el hospital de su comunidad o aquí, en Boston Children's Hospital. Para comunicarse con el Departamento de Asistencia Financiera de Boston Children's Hospital, llame al 617-355-7201.

JUÉSÓNLOS PROGRAMAS DE SALUD PARA ESTUDIANTES?

En Massachusetts, la ley exige que los estudiantes universitarios tengan un seguro de salud que las universidades les ofrecen cobertura. Estos planes se llaman Programas de Salud para Estudiantes (SHIP), por sus siglas en inglés). Los estudiantes que se matrículan en una universidad de Massachusetts tienen que pagar el plan SHIP de su lugar de estudio o demostrar que tienen otro plan con cobertura similar.

TENGA EN CUENTA: que la cobertura de un plan SHIP podría ser insuficiente si su hijo o hija tiene un problema crónico de salud o toma muchos medicamentos.

COMUNÍQUESE CON el Departamento de Servicios de Salud o con la Oficina de Servicios para Personas con Discapacidades de la universidad de su hijo o hija antes de que lo empleen a atender en Boston Children's Hospital.

JUÉPCUÁNTO TIEMPO PUEDE SEGUIR CUBIERTO MI HIJO POR MI SEGURO DE SALUD?

La ley exige que las compañías de seguros permitan mantener a un hijo en el plan familiar hasta que cumpla **28 AÑOS DE EDAD**. Si su hijo o hija trabaja, le conviene comparar los costos y beneficios del plan de empleo con los de su plan actual.

¿QUÉ DEBO CONSIDERAR AL ELEGIR UN PLAN DE SALUD?

DEDUCIBLE (cantidad que se paga antes de que empieza la cobertura del seguro)

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 empieza 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)

CITAS CON ESPECIALISTAS (cita con alguien diferente al médico de atención primaria; generalmente requiere un referimiento de éste)

VISITAS A SALAS DE EMERGENCIAS (muchos planes de seguros no cobran nada si el paciente es ingresado al hospital)

HOSPITALIZACIONES

FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y OTRAS TERAPIAS

RECETAS (los medicamentos se dividen en diferentes niveles— “tiern”, en inglés— según el costo; si le recetan un medicamento del nivel 3, pregúntale a su médico si hay uno equivalente pero menos caro)

ASEGURESE DE QUE LOS MÉDICOS ACTUALES DE SU NIÑO SEAN PROVEEDORES DE LA RED*: en los planes que está considerando.

AVERIGÜE SI SU EMPLEADOR O SEGURO OFRECE UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES o una cuenta de ahorro para gastos médicos para abonar aún más lo que usted paga.

MASHHEALTH DE LOS PADRES DEBEN CAMBIARSE A UN PLANE INDIVIDUAL AL CUMPLIR 19 AÑOS.

Para poder seguir comunicándose con MassHealth para hablar del plan de su hijo, después de que cumple 18 años, él o ella debe firmar un formulario de autorización para la comunicación de información. Esto es un requisito o un sí usted es el tutor legal. Además, MassHealth puede servir como seguro secundario o primario.

COMPARE SUS 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 empieza 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) *Un copago es una cantidad fija que usted paga cada vez que va al médico. El seguro paga el resto.		
CITAS CON ESPECIALISTAS (cita con alguien diferente al 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— “tiern”, en inglés— según el costo; si le recetan un medicamento del nivel 3, pregúntale a su médico si hay uno equivalente pero menos caro)	\$10 = Nivel 1 (2 medicamentos por mes) \$20 = Nivel 2 \$30 = Nivel 3 Nivel 1 = el menor caro genérico Nivel 2 = precio intermedio Nivel 3 = el más caro		
DESEMBOZO MÁXIMO (límite anual de gastos del paciente, excluyendo el costo de primaria)	\$2500 por año		
LÍMITE ANUAL (límite anual de dólares o tipos de beneficios. Una vez que usted ha alcanzado el límite, tiene que pagar todo el costo de los servicios de salud por el resto del año)	\$1250000		
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		

TENGO UN HIJO DISCAPACITADO. ¿QUÉ Opciones Tengo? (CONTINUACIÓN)

Los adultos con discapacidades pueden cumplir con los requisitos para recibir beneficios de SS (Seguridad de Ingreso Suplementario) de la Administración del Seguro Social. SS es un programa del gobierno que ofrece subsidios a personas de bajos ingresos de 65 años o mayores, discapacitados o discapacitadas. Aunque la Administración del Seguro Social administra el programa SS, éste se financia con fondos generales del Tesoro de EE.UU., no con fondos de la Seguridad Social.

GLOSARIO

ARREGLIO 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) Cuenta especial a la cuENTA de gastos flexibles, con la diferencia de que si no se han gastado todos los fondos para la fin del año, se transfieren al año siguiente.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA, por sus siglas en inglés) Cuenta especial que usted abre por medio o de su empleador para gastos médicos que su seguro no cubre. Usted ahorra porque el empleador deduce el dinero automáticamente de su cheque de pago antes de descontar impuestos. Pero si al final del año no ha gastado todos los fondos de la cuenta, los pierde.

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 cantidades deducibles anuales.

DESEMBOZO MÁXIMO: Cantidad límite que se paga cada año calendario por servicios de salud, incluye copagos y deducibles. Por ejemplo, si su poliza estipula un desembolso máximo de \$1,000 y usted se enferma y necesita muchos servicios médicos, el máximo que tiene que pagar por año es \$1,000. Despues de alcanzar ese límite, el seguro cubre los costos.

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

INSCRIPCIÓN ABIERTA: Período fijo, generalmente de fin de año, en el que usted puede inscribirse en un plan de salud grupo o cambiar de plan. Fuera de este periodo, esto se permite sólo en caso de cambios en la vida como matrimonio, nacimiento o divorcio.

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

PROVEEDORES DE LA RED: Médicos que tienen un contrato con el plan del seguro de salud. Si se atiende con ellos, usted paga menos.

REFIRMENTO: 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 se obtiene un referimiento de antemano, el plan tal vez no cubra los servicios.