

Seguro y recursos económicos

The image shows a 'HEALTH INSURANCE CLAIM FORM' with a pair of glasses resting on it. The form is filled with various fields and checkboxes, including:

- 1. MEDICARE (Medicare #)
- 2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)
- 3. PATIENT'S BIRTH DATE (MM, DD, YY)
- 4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)
- 5. INSURED'S I.D. NUMBER
- 6. INSURED'S POLICY NUMBER
- 7. INSURED'S DATE OF BIRTH (MM, YY)
- 8. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN (YES/NO)
- 9. IS PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (YES/NO)
- 10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO EMPLOYMENT (CURRENT OR PREVIOUS) (YES/NO)
- 11. IS AUTO ACCIDENT? (YES/NO)
- 12. IS PATIENT'S ACCIDENT? (YES/NO)
- 13. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN (YES/NO)
- 14. IS PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (YES/NO)
- 15. IS PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (YES/NO)

Esta sección contiene hojas en las que podrá apuntar toda información referente a cobertura de seguro médico, facturas y gastos de su propia bolsa.

Información de seguro médico

Aseguradora principal: _____

No. de ID _____ Teléfono: _____

Grupo No.: _____ Póliza No.: _____

Nombre de asegurado principal: _____

Nombre de patrono: _____

Dirección patronal: _____

Población: _____ Estado: _____ Código: _____

Otra aseguradora: _____

No. de ID _____ Teléfono: _____

Grupo No.: _____ Póliza No.: _____

Nombre de asegurado principal: _____

Nombre de patrono: _____

Dirección patronal: _____

Población: _____ Estado: _____ Código: _____

Otra aseguradora: _____

No. de ID _____ Teléfono: _____

Grupo No.: _____ Póliza No.: _____

Nombre de asegurado principal: _____

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942.

También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.

Información de seguro médico

Nombre de patrono: _____

Dirección patronal: _____

Población: _____ Estado: _____ Código: _____

Otra aseguradora: _____

No. de ID _____ Teléfono: _____

Grupo No.: _____ Póliza No.: _____

Nombre de asegurado principal: _____

Nombre de patrono: _____

Dirección patronal: _____

Población: _____ Estado: _____ Código: _____

Plan de seguro médico público A.H.C.C.C.S.

Número de identificación: _____

Nombre de plan médico: _____

Número de archivo médico **CRS:** _____

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942.

También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

Seguro público:

- Cuando usted se volvió elegible para los beneficios del programa *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)*, se le inscribió en un plan médico de *AHCCCS* o de Atenciones a Largo Plazo de Arizona (*Arizona Long Term Care / ALTCS*).
- Su plan médico le proporcionó una tarjeta que le sirve de credencial. Encontrará en la tarjeta un número de teléfono para comunicarse con su representante de servicios para miembros. Por ejemplo, con Servicios de Rehabilitación de Niños (*Children's Rehabilitative Services / CRS*), los servicios para miembros podrán:
 - aclararle sus prestaciones médicas;
 - ayudarle a resolver problemas o preocupaciones que tenga con su doctor o con cualquier aspecto de *CRS*;
 - ayudarle a conseguir o a cambiar de doctor(a);
 - Darle a usted información acerca de los doctores, sus historiales y las centros de atenciones de la red *CRS*;
 - ayudarle si le llega una factura médica;
 - darle a conocer los recursos comunitarios a su disposición, y
 - ayudarle si habla otro idioma, tiene impedimentos de la vista, necesita servicios de interpretación oral, de idioma de señas o cualquier otro tipo de asistencia.
- Si no sabe si tiene *ALTCS* o *AHCCCS*; o si no sabe qué plan médico tiene, puede llamar al *AHCCCS* al (602) 417-4000 ó al 1(800) 654-8713.
- Su manual de miembros contiene información sobre cómo y de quién obtener atención médica, qué clases de atenciones médicas se cubren y cuáles no se cubren, así como con quién debe usted comunicarse si tiene problemas. Si usted no tiene el manual de miembros, pídale uno a su plan médico; o si tiene acceso a computadora, su plan médico tendrá el manual para miembros en la página de Internet (*website*). Este manual para miembros es sin costo para usted.
- Use su derecho de presentar una queja o agravio. Si no está satisfecho/a, o si tiene problemas con sus servicios médicos, su manual para miembros o su representante del plan médico puede ayudarle a poner una queja.
- Use su derecho de apelar las decisiones del plan médico, por ejemplo, si le niegan o le reducen los servicios que necesita. Su manual para miembros o su representante del plan médico puede ayudarle a presentar una apelación.
- Pida una coordinación de atenciones de más alto nivel a su plan médico si pasa usted demasiado tiempo buscando o proporcionando atenciones para su niño o si tiene más de un plan de seguro médico.

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

- Si quiere que le ayuden con cualquier problema de servicios de atenciones médicas, puede llamar o enviar un mensaje electrónico (*email*) a la Oficina Para Niños Con Necesidades Médicas Especiales (*Office for Children with Special Health Care Needs / OCSHCN*) al (602) 542-1860 ó al 1(800) 232-1676 ó a OCSHCN@azdhs.gov.
- Si en algún momento le niegan un servicio que le prescriba su doctor de *AHCCCS*, asegúrese de que se lo nieguen por escrito. Necesitará ese documento si decide apelar la decisión. Si decide apelar, asegúrese de hacerlo antes de que se venza la fecha límite.

Seguro particular o privado:

- Lea su contrato o póliza de seguro; conózcala muy bien; lleve a las citas médicas las páginas que resumen la cobertura del seguro para que se pueda informar con ellas, si hiciera falta.
- Llame a su aseguradora cuando haya algo que no entienda de su plan.
- Antes de visitar a su proveedor, lláme y pregunte lo que cobran, incluyendo posibles procedimientos u ordenes para estudios de laboratorio que su niño generalmente necesita.
- Antes de la consulta con su proveedor, comuníquese con su aseguradora para determinar el porcentaje o la cantidad que deberá usted pagar por la consulta, y los deducibles o pagos que le correspondan a usted.
- Informe a su proveedor que cobertura tiene; explique que todo lo que no se cubra será un gasto de su propia bolsa.
- Acuerde un plan de pago con su proveedor antes de que le proporcionen los servicios, en vez de esperar hasta que se los hagan. Muchos proveedores van a querer proporcionarle a su niño los servicios que necesita, así que llegarán a un arreglo con usted. Si su proveedor(a) no llega a un acuerdo, busque a otro que sí lo haga.
- Cuando platique de los costos de un procedimiento o una operación, pregúntele a su proveedor quién más participará y con quién más debería platicar usted sobre los costos, como por ejemplo: hospitales, anesthesiólogos, especialistas, laboratorios, imágenes o farmacias.
- Negocie con su proveedor. Pídale que acepte la cantidad que pague su seguro como saldo completo.
- Si su niño necesita un medicamento de marca comercial para el cual no exista versión genérica, o no puede tomar la versión genérica por motivos médicos, pídale a su proveedor que prepare una carta de necesidad médica. Envíe la carta

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

a su aseguradora con una solicitud de que le proporcionen a su niño el medicamento necesario a un precio más bajo que los de marca comercial. Puede ver un ejemplo de una carta de necesidad médica en el enlace siguiente, o llame a la Oficina Para Niños Con Necesidades Médicas Especiales al (602) 542-1860 ó al 1(800) 232-1676:

<http://www.acdl.com/pdfs/How%20to%20Write%20Effective%20Letter%20of%20Medical%20Necessity.pdf>

- Si su patrono tiene la opción de cuentas de ahorros médicos tributables (*pre-tax*), úsela. Platique con su representante de recursos humanos de su lugar de trabajo acerca de éstos y otros planes que le puedan ahorrar en gastos médicos.
- Lea los resúmenes de "explicación de prestaciones" (*Explanation of Benefits / EOB*) que reciba de su aseguradora. Estos indican el nombre de cada proveedor que le prestó atenciones médicas, cuánto cobró, cuánto pagó la aseguradora y cuánto le corresponde pagar a usted. Si le niegan algo, o si su compañía de seguro pago menos de lo que usted esperaba, háblele a su aseguradora y entérese de cuáles son los motivos. Tal vez pueda aclarar un problema o su proveedor deba enviar más información a la aseguradora.
- Si no entiende el resumen de "explicación de prestaciones", háblele a su aseguradora para que se lo aclaren. Puede ser confuso las primeras veces que los lea.
- Mantenga todos sus papeles de atenciones médicas juntos en un cajón o carpeta (por ejemplo, resumen de cobertura de seguro, manual, resúmenes con explicaciones de prestaciones, facturas por servicios y comprobantes de sus pagos). Mantenga junta toda la información sobre cada servicio.
- Apunte todas las llamadas telefónicas que haga a su aseguradora o a su proveedor sobre servicios, reclamos, negatorias o facturas. Apunte el nombre de la persona con quien platicó, su número de teléfono directo y su cargo o puesto, la fecha y la hora en la que llamó, y un resumen de lo que platicaron y del resultado.
- Ponga por escrito todo lo que le solicite de importancia a la aseguradora. Guarde copia de todo lo que les envíe. Tenga comprobantes de cuándo y cómo lo envió. Un recibo de correo certificado o de fax le sirve de comprobante.
- Un motivo común por el que la aseguradora se niega a pagar por un servicio es que la compañía no tiene toda la información acerca de usted y el servicio que necesita. Pídale a su doctor que le prepare una carta de necesidad médica. Además del diagnóstico y de la descripción del servicio, la carta debe mencionar por cuánto tiempo tendrá esta condición, qué problemas le sucederán si no recibe el servicio indicado y qué más ha hecho para atender el problema.

**Departamento de Servicios de Salud de la Oficina Para Niños Con Necesidades Médicas Especiales
Negociado de Salud Materna e Infantil**

Se concede permiso para sacar las copias que hagan falta. En la presente consta información al 31 de marzo de 2012 que pudiera cambiar.
602-542-1860

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

Sin seguro público o particular:

Si le negaron el plan de *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)*, y si los costos médicos consumen más de sus ingresos y recursos, pudiera usted reunir los requisitos para *AHCCCS*; por lo tanto, es recomendable que usted continúe solicitándolo. Puede solicitar los planes médicos públicos *AHCCCS* y *KidsCare* mediante la página electrónica de *Health-e-Arizona* <http://www.azahcccs.gov/applicants/application/AcuteCare.aspx>. Llame al (602) 417-7000 para conseguir una solicitud para los planes de *AHCCCS*, *KidsCare*, y *AHCCCS Freedom to Work*. Para pedir una solicitud para estampillas de alimentos, ayuda económica y el plan médico *AHCCCS*, llame al (602) 542-9935 ó al 1(800) 352-8401.

- Según su presupuesto familiar, determine cuánto puede gastar en atenciones médicas cada mes — sea realista.
- Antes de atenderse con su proveedor, infórmele que usted mismo pagará por los servicios; pida que le descuenten la factura a los costos más bajos que se negocian con los planes de seguro.
- Asegúrese de que no únicamente el personal de la recepción y del departamento de finanzas estén enterados de que usted pague de su propia bolsa, sino también su proveedor debe saberlo.
- Pregúntele a su proveedor si el procedimiento, estudio, etc. son absolutamente necesarios.
- Pídale a su proveedor que le otorguen un plan de pago. Manténgase dentro de su presupuesto y hágale saber a su proveedor que usted tiene un presupuesto para gastos médicos limitado.
- Platique con todas las personas que le enviarán facturas de los costos, descuentos a planes de seguro y planes de pago. Por ejemplo, una operación resultará en facturas del hospital, al igual que de los cirujanos, anesthesiólogos, especialistas, hospitales, farmacias, laboratorios, imágenes y otros. Pídale a su médico de cabecera una lista de las personas que participarán y de quienes le envíen facturas.
- Esmérese demás con el hospital. Vaya en persona si hace falta; asegúrese de que le den las tarifas más bajas descontadas para seguros; si la oficina de cobros no le puede ayudar, recurra a la administración.
- Los hospitales sin fines de lucro deberán proporcionar ciertos servicios sin costos a los miembros necesitados de la comunidad. Pregunte si su hospital es lucrativo o sin fines de lucro. Si fuera sin fines de lucro, pida una cita con la persona

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

encargada de atenciones médicas de caridad. Siga preguntando hasta que se encuentre con alguien que pueda atenderle.

- Pregunte en su farmacia sobre los programas de descuentos de recetas. Por los nombres de los medicamentos puede buscar programas de ayuda a pacientes en http://www.pparx.org/en/prescription_assistance_programs/list_of_participating_programs.
- Llame a la compañía que elabora el medicamento de su niño/a; averigüe en cuanto a los programas de ayuda a pacientes. Su farmacéuta pudiera darle la información para comunicarse con el fabricante. Si no ofrecen programas de ayuda, explíqueles su situación y pida el nombre de alguien que pueda ayudarle. Siga preguntando, de forma grata pero firme, y describa las consecuencias de que le falte el medicamento a su niño. Pida hablar con el supervisor; solicite hablar con la persona que se encarga de las caridades de la empresa; pida que le comuniquen con el director ejecutivo (no los conseguirá de inmediato, pero pudiera conseguir a alguien de mayor jerarquía que pueda tomar decisiones). No todos los fabricantes de fármacos podrán ayudarle, pero a lo mejor el suyo sí.
- Use sus recursos. Comuníquese con grupos de apoyo para trastornos afines, tanto locales como nacionales; tal vez puedan proporcionarle información o más recursos. Explore la página de la Red de Información Para Padres de familia de los Servicios a Estudiantes Excepcionales del Departamento de Educación de Arizona (*Arizona Department of Education, Exceptional Student Services, Parent Information Network*) en <http://www.azed.gov/special-education/deputy-associate-superintendent/parent-information-network/>
- Localice un Centro Médico Comunitario en su área en la página electrónica <http://www.aachc.org/>. Averigüe si hay atenciones médicas primarias disponibles y entérese de los honorarios antes de que necesite atenderse con un doctor.
- Comuníquese con el enfermero de la escuela de su niño acerca de la Fundación Para Niños AFCCA (*AFCCA Foundation for Children*). La Fundación AFCCA puede ayudarle a cumplir con necesidades médicas específicas, tales como anteojos, dispositivos del oído, medicamentos, equipos especiales, programas de tratamiento y demás. Cuando no hay más recursos disponibles, los enfermeros escolares pueden ayudarle a solicitar directamente a la Fundación AFCCA un subsidio con el fin de cumplir con la necesidad de su niño. Hay más información para familias y enfermeros escolares en la página electrónica <http://www.azfda.org>.
- Comuníquese con un club local de servicio comunitario y proporcíoneles información acerca de las operaciones, chequeos regulares, medicamentos y demás que necesite su niño. Pregunte en el club si pudiera usted presentar su

Obtenga el mayor provecho de su dinero y/o seguro para atenciones médicas

caso durante una junta solicitar que sustenten a su niño. Si varios niños con el mismo trastorno usaran un mismo proveedor, un club pudiera interesarse por sustentar algún servicio específico que necesiten todos estos niños (por ejemplo, servicios de nutricionistas para niños con fenilcetonuria (*PKU*, por sus siglas en inglés).

- Comuníquese con la Administración del Seguro Social en <http://www.ssa.gov> o al 1 (800) 772-1213 y entérese del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income / SSI*), que se trata de una pensión para adultos y niños discapacitados con ingresos y recursos limitados. *SSI* no tan sólo ofrece sustento económico, sino que la persona pensionada reúne los requisitos para cobertura médica.
- Las personas de cualquier edad que lleven por lo menos 6 meses sin seguro médico y tengan una condición precedente pudieran reunir los requisitos para el Plan de Seguro Con Condiciones Precedentes. Este plan se contempla en la Ley General de Atenciones Médicas Asequibles y ofrece un plan médico integral con primas mensuales razonables. Aprenda más acerca del plan y cómo inscribirse en www.pciplan.com.
- Explore el sitio de Internet de la Oficina *OCSHCN* o comuníquese con nosotros:

*Arizona Department of Health Services
Bureau of Women's and Children's Health
Office for Children with Special Health Care Needs
150 North 18th Avenue, Suite 320
Phoenix, Arizona 85007-3243
(602) 542-1860 / 1 (800) 232-1676
FAX (602) 542-2589*

Página de Internet (*Website*): www.azdhs.gov/phs/ocshcn
Correo electrónico (*E-mail*): OCSHCN@azdhs.gov

Los fundamentos de seguros médicos: glosario

Apelación (appeal): Otra revisión del reclamo de la negativa de su aseguradora, en la cual le dan a usted la oportunidad de proporcionar más información y de “comprobar su alegato” a fin de que le aprueben y le paguen.

Carta de necesidad médica (letter of medical necessity): Carta que redacta su doctor u otro proveedor médico para la compañía aseguradora en la que se explica la necesidad médica de las atenciones que recetaron. Es conveniente incluir esta carta cuando se comienza una apelación.

Certificado de cobertura acreditable (certificate of creditable coverage): Si cambiara de plan médico, su plan médico anterior deberá enviarle este documento. ¡GUÁRDELO! Le comprueba al plan actual por cuánto tiempo tuvo cobertura con el plan anterior. Si su nuevo plan tuviera un **plazo de exclusión por condiciones precedentes** (lo que significa que no le pagaran reclamos asociados por cierto plazo), se le “acreditará” el tiempo que hubiera tenido cobertura con el plan anterior y se reducirá su plazo de espera.

Certificado de seguro (certificate of insurance): Descripción con detalles de las **Prestaciones, limitaciones y exclusiones** de su plan médico. Por lo general, su aseguradora le proporcionará esta información a quien pague por el plan — a su patrono, no a usted. ¡ASEGÚRESE DE OBTENER UNA COPIA DE PARTE DE SU PATRONO Y DE LEERLA DETENIDAMENTE!

Coaseguro (co-insurance): La cantidad que usted paga después de pagar el monto de su **deducible** — por lo común, un porcentaje de las tarifas. Por ejemplo, si tuviera un deducible de \$500 y u plan “80/20”, pagaría los primeros \$500 de gastos médicos que se le remitan a su aseguradora. Después de los \$500, su aseguradora pagaría el 80% de los importes y usted pagaría el 20%.

Condición precedente (pre-existing condition): Problema de salud que le hayan diagnosticado o por el cual le hayan atendido en los seis meses antes de que comience su nueva cobertura de seguro médico.

Copago (co-pay): El importe que paga por un servicio específico de conformidad con su propio plan. Por ejemplo, si usted paga \$25 de copago por una consulta, entonces el seguro paga parte o el resto de los honorarios médicos (dependiendo de si tuviera usted **deducible** o **coaseguro**).

Costos o gastos de su propia bolsa (out-of-pocket costs): El dinero que tendrá que pagar usted para sus propios gastos médicos — incluyendo **deducibles** y **copagos**. Si su plan resultara en muchos gastos de su propia bolsa, debería pensar en abrir una **cuenta flexible de gastos** para ahorrar algo de dinero.

Cuenta de ahorros médicos (health savings account; HSA): Una cuenta de ahorros médicos le permite separar dinero no tributable para pagar los gastos médicos presentes y futuros. El dinero es suyo y es usted quien lo controla con la cuenta de ahorros médicos — usted decide cuánto depositar, en qué invertirlo y cómo gastarlo. Las aportaciones a la cuenta de ahorros médicos se pueden deducir de las contribuciones y le dan a ganar intereses no tributables, aparte de que no hay limitación de ingresos para los dueños de tales cuentas. Además, puede acumular los fondos de tales cuentas año tras año — no tiene que “gastarlo o perderlo, como con las cuentas flexibles de gastos. SIN EMBARGO, deberá tener cobertura de un **plan médico con deducible alto** para poder abrir una cuenta de ahorros médicos. Tampoco podrá contar con cobertura de cualquier otro plan médico, inscribirse en Medicare ni figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de cualquier otro/a contribuyente.

Cuenta flexible de gastos (flexible spending account): Prestación que pudiera ofrecer su patrón para que usted decida cierta cantidad de su salario a deducir de su paga — ANTES DE PAGAR IMPUESTOS SOBRE LA RENTA O INGRESOS — y colocar en una cuenta aparte para gastos médicos.

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942.

También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.

Los fundamentos de seguros médicos: glosario

Conforme pague por las cosas que no cubra su plan médico (tales como copagos, lentes, trabajos dentales, pilas para dispositivos de la audición y otros gastos que excluya su plan médico) pudiera usted “reembolsarse” a sí mismo/a por tales gastos, como quien dice. Si tuviera muchos gastos médicos “de su propia bolsa”, debería tomar esto en cuenta. Una desventaja — esto no le puede reembolsar sus primas mensuales del plan médico. Además, si no la usara anualmente, pudiera perderla. También se conoce como “cuenta de reembolso médico (*Medical Reimbursement Account*)”.

Deducción médica (*medical deduction*): Costos médicos y dentales (por ejemplo, copagos, recetas, millas recorridas a citas médicas y de planes individuales de enseñanza, anteojos) son deducibles en sus declaraciones federal de impuestos si es que alcanzan más del 7.5% del ingreso bruto ajustado de su familia. Para más información hable con un contador o con la Publicación del Servicio de Rentas Internas (IRS) 502.

Deducible (*deductible*): La cantidad de sus gastos médicos que deberá usted pagar antes de que su seguro médico deba comenzar a pagar.

Denegación (*denial*): Cuando su plan médico se rehúsa a pagar los servicios médicos que usted obtuvo o solicitó.

Equipo médico perdurable o duradero (*durable medical equipment*): Equipo médico no desechable que necesita para atender su condición (por ejemplo, sillas de ruedas, aparatos para caminar o caminadoras, ventiladores, etcétera).

Exclusión (*exclusion*): Servicio médico que su plan médico NO paga. La lista de exclusiones aparece en su **certificado de seguro**.

Explicación de prestaciones o beneficios (*explanation of benefits; EOB*): Explicación por escrito para un reclamo en la que se demuestre qué porción de los cargos pagarán las otras partes y qué porción pagará usted.

Garantía de emisión (*guaranteed issue*): Requisito de la Ley General HIPAA (véase) para que los planes médicos lo inscriban sin importar su condición de salud, edad, discapacidad, historial de reclamos o cualquier otro factor que pudiera predecir su uso de servicios de salud.

Garantía de renovación (*guaranteed renewability*): Requisito de la Ley General HIPAA para que los planes médicos no puedan cancelar su cobertura sencillamente porque se enferme usted.

Ley General Amplia Consolidada de Ajuste Presupuestario (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act; COBRA*): Ley general federal que le permite seguir pagando su seguro médico por hasta 18 meses si usted perdiera su trabajo o si se le acabara la cobertura por algún otro motivo. El costo de tal cobertura lo paga el empleado o dependiente quien así lo escoja, este suele ser bastante caro. Los patronos que tengan menos de 20 empleados por lo general no se atienen a las exigencias de tal ley general, así que no tienen que ofrecerle a usted la opción de continuar con su seguro médico después de que deje su empleo.

Ley General de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act; HIPAA*): Ley General federal promulgada en 1996 que protege la seguridad y la privacidad de su información médica y añade protecciones para los inscritos en planes médicos grupales.

Los fundamentos de seguros médicos: glosario

Médico de cabecera o principal (primary care physician; PCP): Doctor de una **red de plan médico controlado** que usted escogerá para que le proporcione atenciones médicas fundamentales y **referencias** a especialistas.

Organización de mantenimiento médico (health maintenance organization; HMO): Un plan de atenciones médicas administradas en el que usted pagará las mismas primas mensuales para una red de doctores, hospitales, laboratorios, especialistas y otros proveedores médicos.

Organización de proveedores preferidos (preferred provider organization; PPO): Plan médico administrado que combina características de un **HMO** con un **plan de tarifas por servicios** (parecido a los **PPO**). Al igual que en un **HMO**, el **PPO** siempre pudiera exigirle que escogiera un **médico de cabecera** de la misma **red** y que pague un **copago** cuando vaya al consultorio. Sin embargo, tal como los planes de tarifas por servicios, podrá atenderse con especialistas que no estén en su red sin necesidad de **una referencia** y su plan **PPO** pagará un porcentaje de los costos. Esta libertad más amplia tiene su precio: por lo general, los planes **PPO** exigen que pague un **deducible** anual y una **prima** más alta que la de un plan **HMO**.

Plan de atenciones médicas controladas o plan médico administrado (managed care plan): Es un término general para el tipo de plan de seguro médico que limita su acceso a una **red** de doctores y especialistas para tratar de controlar los costos y la calidad de las atenciones médicas. Los planes **HMO** y **PPO** son ejemplos de planes médicos administrados .

Plan de tarifas por servicios (fee-for-service plan): Cobertura médica que le permite escoger el o la proveedor) que prefiera y su aseguradora pagará un porcentaje fijo de lo que se cobre por cada servicio proporcionado. Usted pagará el resto. A este tipo de plan también se le conoce por "indemnización" o "plan tradicional".

Plan grupal de asegurados por cuenta propia (self-insured group plan): Plan médico en el que su patrón decide actuar como aseguradora propia y asume los riesgos económicos de pagarles a los proveedores. Los patronos apartan fondos para pagar directamente los reclamos médicos de los empleados a los proveedores. Sin embargo, el patrono pudiera contratar a una compañía aseguradora para que administre el plan por cuenta propia, así que se parecería a un plan de seguro pleno. Su patrón deberá revelar en la información de prestaciones si su plan es de asegurados por cuenta propia. Importante: los planes asegurados por cuenta propia los reglamenta la Secretaría Federal del Trabajo — no el **Departamento de Seguros de Arizona**.

Plan grupal plenamente asegurado (fully insured group plan): Especie de plan médico en el que la aseguradora (no el patrón) tiene la responsabilidad económica por todos los reclamos. Tales planes los reglamenta el Departamento de Seguros de Arizona, no la Secretaría Federal del Trabajo (vea el **plan grupal de asegurados por cuenta propia**).

Plan médico con deducible alto (high deductible health plan): También se conocen por "planes médicos catastróficos". Planes médicos que no comenzarán a pagar sus gastos médicos hasta que haya pagado usted por lo menos \$1,050 por persona o \$2,100 por familia. Sus primas mensuales pudieran ser más bajas y pudiera participar en una **cuenta de ahorros médicos** si optara por un plan de deducible alto; así que, si estuviera saludable por lo general y tuviera pocos gastos médicos, pudiera ahorrar dinero con esta clase de cobertura médica.

Plan médico por centro de servicio (point of service health plan; POS): Tipo de **plan médico controlado** que combina las características de un plan **HMO** y de un **plan de tarifas por servicios**. Cuando usted obtenga servicios médicos dentro de la **red**, pagará el **copago** de los costos (por lo común, de \$5 a \$15), al igual que en un plan **HMO**. Sin embargo, a diferencia de los planes **HMO**,

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942.

También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.

Los fundamentos de seguros médicos: glosario

puediera atenderse fuera de la red — sin embargo, le costaría más (por lo común, pagaría un **deducible** y un porcentaje de los costos, que suelen ser de entre 40% a 50%).

Periodo de afiliación (*affiliation period*): El periodo que algunos planes médicos exigen que espere para que su cobertura cobre vigencia después de que se inscriba en el mismo.

Periodo de espera (*waiting period*): Periodo durante el cual tendrá que esperar para reunir los requisitos de prestaciones médicas de su patrón. No todos los patrones exigen periodos de espera; pero si su patrono sí lo exigiera, su **periodo de exclusión por condiciones precedentes** comienza el primer día del plazo de espera — no en la fecha posterior en la que se inscriba en el plan médico.

Periodo de exclusión por condiciones precedentes (*pre-existing condition exclusionary period*): El periodo durante el cual la compañía aseguradora pudiera limitar o no pagar por los servicios que usted reciba por una **condición precedente**. Tal periodo deberá comenzar en su fecha de inscripción. Por lo general, no durará más de 12 meses (salvo si se inscribiera tarde, en cuyo caso pudiera durar 18 meses). Antes de que cobre vigencia un periodo de exclusión en su cobertura, los materiales para los consumidores del plan **deberán informarle a usted** si el plan impone exclusiones por condiciones precedentes. Además, su plan médico grupal deberá enviarle un aviso escrito de que se le impondrá tal exclusión. La notificación deberá indicar la duración de tal periodo debido a que usted no tenga suficiente cobertura acreditable. La notificación también deberá describir cómo comprobar cuánta **cobertura acreditable** tenga usted. El periodo de exclusión deberá reducirse un día por cada día de cobertura acreditable con que usted cuente. Si la cantidad de cobertura acreditable con la que usted contara fuera igual o mayor que el periodo de exclusión, dicho periodo no podrá imponérsele. Una vez concluya el periodo de exclusión, deberá obtener cobertura para el tratamiento de su condición precedente.

Periodo de inscripción (*enrollment period*): El plazo en el que los empleados y sus dependientes pueden inscribirse para obtener cobertura de un plan médico patronal.

Prestaciones excluidas (*benefits exclusion*): Condiciones o servicios que su póliza médica NO cubre.

Prestaciones limitadas (*benefits limitation*): El plan pagará por el servicio pero limitará la cobertura (por ejemplo, pagará únicamente por cierta cantidad de consultas de terapias al año.)

Prestaciones máximas de por vida (*lifetime maximum benefit*): Cantidad máxima en dólares que pagará su plan médico por todos los gastos de cobertura durante su vida. Pudiera existir un límite por persona o por familia, por condición o enfermedad o diagnóstico específicos (por ejemplo, cáncer o SIDA), por tipo de gasto (por ejemplo, internación en hospitales). Asegúrese de revisar su **certificado de seguro** para enterarse de los detalles.

Prestaciones o beneficios (*benefits*): Los servicios concretos que cubre (paga) un plan médico.

Prima (*premium*): Importe que pagarán usted y/o su patrón para comprar el seguro médico. Las primas pudieran pagarse mensual, trimestral o anualmente.

Reclamo o caso (*claim*): Su solicitud a la aseguradora para que le paguen por servicios médicos que haya recibido.

Red (*network*): Grupo específico de doctores, especialistas, hospitales, terapeutas, farmacias y demás proveedores médicos que tienen contratos con su **plan médico controlado** para proporcionarle servicios médicos.

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942.

También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.

Los fundamentos de seguros médicos: glosario

Referencia (referral): La autorización de su **médico de cabecera** para conseguir tratamiento de un especialista. Por lo general, si quisiera que su plan médico pagara los servicios de especialista, necesitaría una referencia de su médico de cabecera antes de recibir atenciones médicas. Revise su **resumen de prestaciones** o a su **certificado de seguro** para enterarse de los detalles propios de su plan.

Resumen descriptivo de plan (summary plan description): Este documento resume las **prestaciones** de su plan médico — información de la cobertura de **dependientes**, qué servicios requerirán **copagos**, y las circunstancias en las que su patrón pudiera cambiar o suspender un plan de prestaciones médicas. Este resumen es útil; pero —recalcamos— **CONSIGA Y LEA EL CERTIFICADO DE SEGURO** a fin de enterarse de las REALES prestaciones de su plan (tales como las **prestaciones limitadas y excluidas**). Y no se olvide de guardar el resumen, el certificado de seguro y cualquier otra información que obtenga de la aseguradora o de su patrón.

Revisión o certificado de pre-internación (pre-admission review or certification): Su plan médico pudiera exigirle que obtuviera la aprobación previa de un representante de la compañía aseguradora (por lo general, un enfermero) antes de que se le interne en un hospital u otra instalación. Algunas veces su médico se comunicará con la compañía aseguradora, pero la responsabilidad de obtener la autorización si quiere que le paguen el reclamo es definitivamente suya. Si fuera una situación de emergencia y no pudiera llamar, un familiar deberá llamar a su plan médico en cuanto se le interne para que le aprueben. El propósito de la revisión de pre-internación es asegurarse de que no reciba atenciones médicas que no sean necesarias.

Tasa por cabeza, por miembro, por socio o capital (capitated rate): Tarifa predispuesta y prepagada que el plan médico le paga a los doctores u otros proveedores médicos por todos los servicios que le proporcionen a un miembro del plan.

Vademécum o formulario (formulary): Lista de medicamentos recetados (con sus nombres concretos) que su seguro sí pagará — así como las dosis, formas y condiciones aceptadas para cada medicamento.

Recursos de seguros médicos

Agencias y organizaciones:

Asociación de Centros de Salud Comunitarios de Arizona (Arizona Association of Community Health Centers; AACHC)

700 East Jefferson Street Suite 100
Phoenix, Arizona 85034
602.253.0090
info@aachc.org
<http://www.aachc.org>

Oficina Para Niños Con Necesidades Médicas Especiales del Departamento de Servicios de Salud (ADHS Office for Children with Special Health Care Needs)

150 N. 18th Ave. #320
Phoenix, AZ 85007
602-542-1860
<http://www.azdhs.gov/phs/ocshcn/>

Centro Para Leyes de Discapacitados de Arizona (Arizona Center for Disability Law)

5025 E. Washington St., #202
Phoenix, AZ 85034
602-274-6287
800-927-2260 (gratis para voz y textos TTY)
877-327-7754 (gratis para textos TTY)
center@acdl.com
<http://www.acdl.com>

Departamento de Seguros de Arizona (Arizona Department of Insurance)

2910 N. 44th St., #210
Phoenix, AZ 85018-7269
602-364-2499
800-325-2548 (gratis)
consumers@id.state.az.us
<http://www.id.state.az.us>

Enlace Para Salud de Niños (Kids Health Link)

800-235-9678
www.kidshealthlink.org

Criando Niños Especiales (Raising Special Kids)

5025 E. Washington St., #204
Phoenix, AZ 85034
602-242-4366
800-237-3007 (gratis)
info@raisingspecialkids.org
www.raisingspecialkids.org

Publicaciones:

- **A Consumer Guide to Health Care Appeals** (Guía para consumidores sobre apelaciones médicas)
En inglés: <http://goo.gl/SDy8B> ; en español: http://www.id.state.az.us/spanish/health_care-sp.pdf
(del Departamento de Seguros de Arizona; AZ Dept of Insurance)

- **How to Get the Services You Need When Your Private Health Plan Tells You “No”**
(Cómo obtener los servicios que necesita cuando su plan médico privado le dice que “no”)
Plan Particular: <http://www.acdl.com/New%20Logo%20Guides/H3S%20Spanish%20New%20Logo.pdf>
AHCCCS: <http://www.acdl.com/New%20Logo%20Guides/H2S%20Spanish%20New%20Logo.pdf>
En inglés: <http://goo.gl/3NA3C>
(del Centro para Leyes de Discapacitados de Arizona; AZ Center for Disability Law)

- **Health Care Appeal Request Form** (úsela para presentarla ante su compañía aseguradora)
<http://goo.gl/CsL1F> (del Departamento de Seguros de Arizona; AZ Dept of Insurance) **sólo en inglés**

- **A Consumer Guide to Handling Disputes with Your Private or Employer Health Plan: Arizona**
(Guía para consumidores para atender polémicas con su plan médico privado o patronal de Arizona)
<http://goo.gl/FBJlj> (de la Fundación de la Familia Kaiser; Kaiser Family Foundation) **sólo en inglés**

- **Plain Language Thesaurus For Health Communications**
(Diccionario de sinónimos y antónimos en palabras sencillas para las comunicaciones médicas)
<http://goo.gl/s7a4w> (del Centro Nacional de Mercadeo Médico; National Center for Health Marketing)
sólo en inglés

Esta publicación se desarrolló en parte con financiamiento de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la Oficina de Salud Materna e Infantil (MCHB, por sus siglas en inglés) y la División de Servicios para Niños con Necesidades Médicas Especiales (DSCSHN, también por sus siglas en inglés) mediante la subvención núm. H84MC07942. También se financió en parte con subvenciones de las organizaciones *Dignity Health* y su Proyecto para el Buen Retorno a Casa (*Smooth Way Home Project*), *Feeding Matters*, *Southwest Human Development Easter Seals* y *Raising Special Kids*. Para obtener información sobre este manual de recursos para padres con niños en unidades de cuidados intensivos (NICU), comuníquese con *Raising Special Kids* por el 1-800-237-3007 o el correo electrónico info@raisingspecialkids.org.