



selección de un
**PLAN DE
SALUD
CALIFICADO**

Consejos útiles para seleccionar un plan a través del Mercado de NY State of Health



Bill de Blasio
Mayor

Human Resources
Administration
Department of
Social Services
Steven Banks
Commissioner

Para obtener más información, visite NYC Health Insurance Link en www.nyc.gov/hlink
Para obtener información y para hacer preguntas relacionadas con su cobertura de seguro de salud a través del Mercado,
llame al (855) 355-5777

Para obtener más información acerca de un plan:

- Affinity Health Plan 1(866) 247-5678
- EmblemHealth 1(866) 838-9144
- Empire BCBS 1(866) 478-0376
- Fidelis Care New York 1(888) 343-3547
- Healthfirst PHSF, Inc. 1(888) 250-2220
- MetrolPlus Health Plan 1(855) 809-4073
- CareConnect 1(855) 706-7545
- Oscar 1(855) 672-2788
- United Healthcare 1(800) 444-8990
- Wellcare 1(855) 582-6172

Puede comprar un plan de seguro de salud en NY State of Health, el mercado oficial de plan de seguro médico. Los planes de seguro de salud privado pagan parte de la atención y de los servicios que usted recibe. Estos tienen contrato con un grupo (red) de médicos, clínicas, hospitales y farmacias para proporcionar atención a precios acordados. Es importante que elija el plan de seguro de salud que sea adecuado para usted.

Usted también podría ser elegible para recibir subsidios que disminuyan el costo de su plan.

SELECCIÓN DE UN PLAN

Los aseguradores tienen límites en cuanto a cómo pueden hacer que sus planes sean diferentes. Los planes de salud calificados pueden diferir de tres formas principales:

- 1 Servicios cubiertos (beneficios)
- 2 Prestación de atención (tal como una red de proveedores)
- 3 Costo (incluidas las primas mensuales y lo que debe pagar cuando recibe atención)

1 Servicios cubiertos

Todos los planes cubren los mismos 10 beneficios, que incluyen atención hospitalaria, medicamentos con receta médica y visitas al médico. Algunas aseguradoras ofrecen planes "no estándar", los cuales tienen beneficios adicionales o que sustituyen ciertos servicios por otros.

- Debe averiguar si el plan cubre sus medicamentos en su lista de medicamentos preferidos.
- ¿Desea obtener otros beneficios además de los 10 beneficios que ofrecen todos los planes? Los ejemplos incluyen atención dental y acupuntura. Si lo desea, puede averiguar cuál de los planes no estándar ofrece los beneficios que usted necesita. También podría tomar en cuenta los planes que ofrecen únicamente cobertura dental.

2 Prestación de atención

Cada uno de los planes tiene una red de proveedores diferente. Puede ahorrar costos de atención médica al obtener servicios únicamente de los proveedores que están dentro de la red de su plan. Algunos planes podrían pedirle que elija a un médico para su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

- Pregúntele a los médicos que lo atienden regularmente por los planes que ellos aceptan y que se venden en NY State of Health.
- Revise la red del plan para ver si hay médicos, hospitales y clínicas cerca del lugar donde vive o donde trabaja.
- Tome en cuenta el tipo de plan. Las HMO y los planes EPO únicamente pagan por la atención que prestan los médicos de la red.
- Revise la guía del consumidor de seguros de salud del estado para comparar la calidad de la atención entre las aseguradoras, las reclamaciones que reciben, las apelaciones y las quejas. Actualmente no hay disponible información sobre nuevas aseguradoras, pero se incluirá en las próximas guías. Para tener acceso a la guía más reciente, visite: www.dfs.ny.gov/consumer/hgintr.htm

3 Costo

Todos los planes tienen dos tipos de costos: los costos mensuales que usted paga por anticipado (primas) y el costo que paga cuando recibe los servicios (costos de desembolso directo). Los costos de desembolso directo incluyen cosas como deducibles, copagos y coaseguros. Asegúrese de revisar ambos tipos de costos cuando analice cuál plan es económico para usted.

- Piense acerca de cuánto puede pagar al mes de cobertura.
- Piense acerca de qué tan a menudo necesitará servicios de atención médica y cuánto deberá pagar por estos servicios. ¿Tiene el plan un deducible (la cantidad que deberá pagar antes de que el plan pague por los servicios)? ¿Cuáles son los copagos (los montos establecidos que debe pagar por servicios como visitas al médico)?



Categorías de planes (niveles de metal)

Todos los planes se dividen en cuatro niveles de costos compartidos, llamados niveles de metal. Los niveles de metales describen cómo se divide generalmente el costo de la atención entre usted y el plan de salud. Esto incluye las primas y los costos de desembolso directo.

PLATINO: Usted paga 10 % / El plan paga 90 %

ORO: Usted paga 20 % / El plan paga 80 %

PLATA: Usted paga 30 % / El plan paga 70 %

BRONCE: Usted paga 40 % / El plan paga 60 %

Cada uno de los planes cobra una prima diferente por la cobertura que ofrece. Generalmente, mientras mayores sean las primas, menores serán los costos de desembolso directo. Los planes platino tienen las primas más altas y los costos de desembolso directo más bajos. Los planes bronce tienen las primas más bajas y los costos de desembolso directo más altos. Todos los planes limitan el monto total de sus costos compartidos al año (su "máximo de desembolso directo").

Usted podría ser elegible para recibir ayuda financiera para disminuir su costo de prima mensual o sus costos de desembolso directo. Si usted es elegible para reducciones de costos compartidos (disminuir sus costos de desembolso directo) y se inscribe en un plan Plata, pagará menos por su atención.

Los adultos jóvenes (menores de 30 años de edad) y las personas que no pueden encontrar cobertura económica pueden inscribirse en un plan catastrófico. Los planes de seguro de salud catastrófico tienen bajas primas mensuales y un deducible muy alto.

Pago de la prima

Usted debe pagar su primera prima en un plazo de 10 días después de recibir su factura. Su cobertura se cancelará si no paga sus primas mensuales.