



Cómo identificar la póliza adecuada en un mar de opciones de planes

Su decisión afecta los próximos 12 meses de cobertura y costos de salud

Elegir una cobertura de seguro es una decisión importante que puede afectar la salud y la situación financiera de su familia durante el año.

Antes de seleccionar un nuevo plan de salud, asegúrese de analizar las necesidades de atención médica actuales de su familia.

Conocer cosas tales como el historial de su familia, los posibles factores de riesgo y los médicos preferidos es importante, ya que todos esos factores lo ayudarán a elegir el plan adecuado.

Por ejemplo, si su hijo tiene alergias, le convendrá buscar un plan que le permita consultar a médicos especialistas sin que esto exprima su cuenta bancaria.

Después de definir sus necesidades, lo mejor es comparar planes que se adapten a esas necesidades al costo más razonable para usted.

No todos los planes son iguales

Algunos planes pueden tener deducibles más altos, pero se ofrecen con mejores planes de medicamentos con receta. Si un miembro de la familia requiere un medicamento costoso, este tipo de plan podría ser la mejor opción. Si usted o un familiar visitan frecuentemente el consultorio de su médico, un plan con una prima más alta podría brindarle ahorros a largo plazo. Si usted o un familiar tienen necesidades médicas costosas, intente buscar una póliza que tenga costos compartidos totales más bajos. Estos costos son, además del deducible, los copagos y el coseguro añadidos a su máximo de gastos de bolsillo. Esto se suma a la prima mensual que usted debe pagar para mantener activa la póliza.

10 preguntas que debe hacerse al elegir un plan

- 1 ¿Cuál es el deducible con el que debo cumplir antes de que mi seguro comience a pagar? ¿Tengo un deducible separado para medicamentos y, además, un deducible médico?
- 2 ¿Cuáles son los gastos de bolsillo para los proveedores, específicamente los montos de copagos y coseguro? ¿Cuál es el total estimado de estos montos?
- 3 ¿Mi(s) médico(s) preferido(s) está(n) en la red del plan? (Si elige consultar a un médico que está fuera de la red, es conveniente saber cuánto le reembolsará el plan).
- 4 ¿De cuánto es mi prima mensual? ¿Califico para obtener créditos fiscales para las primas?
- 5 ¿Necesito una referencia para consultar a un especialista?
- 6 ¿Mi plan ofrece acceso a los especialistas que necesito o deseo consultar?
- 7 ¿Los medicamentos con receta que estoy tomando actualmente están cubiertos por el plan? (¿Están incluidos en la lista de medicamentos del plan?)
- 8 ¿Mi plan incluye cobertura si tengo que consultar a un proveedor fuera de la red, incluso para atención de urgencia o de emergencia?
- 9 ¿Mi plan me brinda acceso a opciones de ahorros adicionales como cuentas de ahorros para la salud, cuentas de gastos flexibles o planes tipo Cafetería (planes donde los empleados pueden escoger entre diversas opciones de cobertura)?
- 10 ¿Qué necesito para tener cobertura dental o de la visión? (Con frecuencia, los planes no ofrecen servicios dentales o de la visión y puede que tenga que considerar adquirir planes por separado).

Sea organizado y busque ayuda si la necesita

Anote las respuestas en un cuaderno para poder comparar los planes con facilidad y determinar qué opción es la mejor para usted y su familia. Si aún no está seguro de qué plan elegir, cada aseguradora tiene un número de contacto al que puede comunicarse si tiene preguntas. Lo ayudarán a evaluar sus necesidades para guiarlo hacia el plan que satisfaga mejor sus necesidades.

Puede parecer mucho trabajo, pero el tiempo y la energía que gaste buscando y comparando planes valdrá la pena a largo plazo y lo ayudará a reducir los costos durante todo el año.

Herramientas que lo ayudan a comparar

Finder.Healthcare.gov lo ayuda a comparar planes en conjunto y contiene herramientas para analizar cómo los gastos médicos afectan el presupuesto de su familia.

CancerInsuranceChecklist.org le ofrece asesoramiento sobre puntos importantes para considerar en sus opciones de planes si se le diagnostica una afección grave, incluso si no se relaciona con el cáncer.

nerdwallet.healthsherpa.com es una herramienta en línea que le proporcionará recomendaciones de planes en su área.

Puede encontrar una herramienta de hoja de cálculo para descargar en www.businessinsider.com/spreadsheet-for-picking-perfect-healthcare-plan-2016-11 que lo ayuda a registrar y calcular sus gastos.

Plan de organización de proveedores exclusivos (EPO): este plan es como un plan HMO, ya que los miembros solo deben consultar a médicos de la red. Frecuentemente, estos proveedores forman parte del mismo sistema de salud u hospital y no pueden brindar una gran variedad de servicios fuera de lo que ofrece el sistema. Sin embargo, a diferencia de un plan HMO, no es necesario seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP), ni ponerse en contacto con un PCP para ser referido a un especialista. Por lo general, no se cubre ninguna atención recibida fuera de la red de proveedores.

Plan de salud con un deducible alto (HDHP): un plan de salud con un deducible alto puede ser cualquiera de los demás tipos, pero sigue normas específicas que se considerarán “elegibles para la cuenta de ahorros para la salud (HSA)”. Por lo general, estos planes ofrecen primas más bajas, pero puede que usted pague más gastos de bolsillo, en especial antes de alcanzar su deducible. Si elige una HSA, puede abrir una cuenta de ahorros para la salud (HSA) y ahorrar dinero para gastos médicos. Cuando retire fondos para usar para gastos médicos calificados, no tiene que pagar impuestos por ese dinero.

Cómo entender los distintos tipos de estructuras de planes

¿Qué tipo de plan es el mejor?

A continuación se presentan algunos tipos de planes que puede ver mientras evalúa sus opciones de seguro de salud. Saber cómo cada uno está estructurado lo ayudará a elegir el más adecuado para usted o su familia. Cada uno de estos planes requiere un pago mensual, conocido como prima, para mantener la cobertura. Algunos tendrán primas más altas y otros más bajas, pero el monto de la prima no debe ser el único factor para tener en cuenta. Tanto la facilidad de acceso como los médicos que pertenecen a la red de proveedores, los gastos de bolsillo y los beneficios que se ofrecen afectan su costo y su comodidad al usar el plan. Obviamente, no hay un plan “favorito o mejor que el resto”, pero cada tipo de plan puede estar orientado a un escenario y una necesidad médica diferentes. Solo usted sabrá lo que funcionará mejor en su caso.

Tenga en cuenta estos elementos principales de cada estructura.

Plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO): en este plan, su proveedor de atención primaria (PCP) es con quien deberá comunicarse primero. La aseguradora requiere que el PCP esté a cargo de su atención y sea una fuente de información centralizada. Si necesita atención fuera de lo que su PCP puede ofrecer, este deberá proporcionarle una referencia a un especialista para que dicha necesidad esté cubierta. Existe una gran variedad en la selección de proveedores para HMO. Algunas ofrecen opciones muy amplias y, otras, muy limitadas. Las HMO no ofrecen cobertura fuera de la red por la atención recibida (u ofrecen cobertura mínima).

Plan de punto de servicio (POS): este tipo de plan ofrece más flexibilidad que un plan HMO; es similar a un plan de organización de proveedores preferidos (PPO), ya que se le permite que consulte a especialistas sin una referencia de su PCP. Sin embargo, usted pagará un copago o coseguro más alto si consulta a médicos que no participan en su red de proveedores. Para ayudar a minimizar los costos, siempre intente elegir o solicitar que su PCP lo refiera a proveedores de la red.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): este plan también permite al paciente acceder a una red de proveedores preferidos, aunque puede consultar a cualquiera de ellos sin haber sido referido primero. Sus gastos de bolsillo serán menores si utiliza un proveedor dentro del plan, pero si consulta a un médico de fuera de la red, será responsable de una mayor parte del costo. Este tipo de plan suele ser más costoso, pero tiene una red más amplia de médicos, incluidos especialistas, y con frecuencia incluye proveedores de una red nacional que brinda mayor acceso fuera de su área local. Esto puede ser importante para las personas que viajan mucho o los estudiantes que viven fuera del área.

