

Aprovechar de su Seguro los 365 Días al Año

Mire por dentro para consejos de ahorrar dinero, términos claves y FAQs.

Beneficios Esenciales de Salud

Definido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

Estas categorías de cobertura garantizan la atención integral en los planes nuevos.

- ⊕ Servicios de emergencia y hospitalización
- ⊕ Servicios de laboratorio
- ⊕ Servicios ambulatorios
- ⊕ El embarazo, la maternidad y el cuidado del recién nacido
- ⊕ Servicios pediátricos, incluyendo la pediatría dental y visión
- ⊕ Los servicios preventivos y bienestar
- ⊕ Manejo de enfermedades crónicas
- ⊕ Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias
- ⊕ Los medicamentos recetados, incluyendo el nombre de marca y medicamentos genéricos
- ⊕ Rehabilitación, servicios de habilitación y dispositivos médicos

Obtenga sus pruebas médicas recomendadas y chequeos anuales

Asuntos de Seguro de Salud

Si usted está sano es difícil prever la posibilidad de enfermedad o lesión, y aún más difícil de predecir los costos de problemas futuros de salud. Sin embargo, es importante recordar que el seguro de salud, a diferencia de los seguros de auto o de hogar no sólo le ayuda a pagar por un desastre inesperado. Los planes de salud proporcionan beneficios vitales destinados a ayudar a mantener una buena salud y gozar de la vida en forma permanente.

El seguro de salud es en última instancia un contrato entre usted y una compañía de seguros de salud para pagar parte o la totalidad de sus costos de cuidado de la salud a cambio de un

pago de la prima mensual. El tipo de cobertura que tiene, es decir, la cantidad que su compañía de seguros está dispuesto a pagar por ciertos gastos de cuidado de salud variará dependiendo de la póliza de seguro que haya seleccionado.

Con una póliza de seguro de salud, usted *no* está penalizado por el uso de su cobertura a lo largo del año, sin embargo se recomienda que busque chequeos regulares y atención preventiva durante el año.

A diferencia de otros tipos de seguros, sus tarifas no están determinadas por el uso anual das reclamaciones no deben afectar sus beneficios futuros.

Mantenga actualizada su cobertura mediante el pago oportuno de sus primas. Si usted permite que su cobertura caduque, sus gastos médicos no serán cubiertos.

Los Entresijos de Seguro Integral



Con el fin de satisfacer el requisito legal de un seguro médico adecuado, las personas deben tener lo que se define como "seguro a todo riesgo." El seguro integral garantiza un mínimo de cobertura de salud para cada área y el tipo de servicio médico que puede necesitar, incluyendo visitas al médico, medicamentos recetados, estancias hospitalarias, atención médica crónica y / o cirugía.

El tratamiento para quejas específicas no está cubierto bajo el beneficio de atención preventiva, aunque dirigida durante una cita de otro modo preventivo.

Ciertos elementos claves aparecen en todos los planes de salud integrales:

ATENCIÓN PRIMARIA

Incluye los servicios de salud básicos, por lo general proporcionados por médicos y personal médico capacitado que practican la medicina de familia, pediatría o medicina interna. Un médico de atención primaria es el principal proveedor de atención médica y por lo general su primer punto de contacto. Este médico entregará servicios preventivos y puede referirlo a especialistas.

ATENCIÓN ESPECIALISTA

Se extiende más allá de la atención primaria a los campos médicos como la cirugía, cardiología u oncología. Los especialistas son médicos que se han entrenado más profundamente en las áreas médicas o tratamientos específicos para tener un nivel más detallado de especialización.

CUIDADO URGENTE

Clínicas mismo día que pueden manejar una variedad de lesiones y condiciones que requieren atención, pero no son suficientemente graves como para requerir una sala de emergencia. Ofrecen una variedad de servicios para las enfermedades comunes que no son considerados una verdadera emergencia, incluyendo dolores de garganta severos, esguinces leves y cortes que requieren puntos de sutura.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Se requiere para cualquier condición médica que plantea un peligro inmediato para la vida o la salud de una persona. Lesiones en la cabeza, debilidad, parálisis o dolor en el pecho persistente son verdaderas emergencias y se encuentran entre aquellas condiciones que requieren atención de emergencia.

ATENCIÓN PREVENTIVA

Incluye pruebas, exámenes y vacunas. Cuidado de bienestar del bebé, exámenes de la vista de los niños, exámenes periódicos de próstata, pruebas de Papanicolaou y mamografías son ejemplos de servicios de atención preventiva comúnmente cubiertos. La ACA requiere que la mayoría de los planes de seguros ofrecen servicios preventivos sin deducibles, co-pagos o pagos de coseguro, lo que le permite participar en estos servicios sin gasto adicional.

¿Cómo Está Estructurado Mi Plan?

Ya sea que usted está inscrito en un plan de grupo o individual, la comprensión de la forma en que funciona su plan puede ayudarle a utilizar sus beneficios.

Los Planes - Organización para el Mantenimiento de Salud (HMO) Organización de Proveedor Exclusivo (PCP)

proporcionan servicios médicos en un área geográfica específica, basados en las tarifas contratadas con los proveedores para pagar una tarifa fija y predeterminada. Los HMO requieren que seleccione un médico de atención primaria PCP que se encarga de gestionar su atención médica. Si necesita un servicio de diagnóstico o la atención de un especialista, su PCP debe proporcionarle una remisión a un proveedor de la red. Si decide ir a un médico fuera de la red de su HMO para la atención programada, es posible que tenga que pagar todos los costos (con la excepción de la atención de emergencia que requiere que usted notifique a la compañía de seguros posteriormente).

Las Organizaciones de Proveedor Preferido (PPO) y Planes de Punto de Servicio (POS) proporcionan cobertura a los miembros de manera similar a través de una red predefinida de profesionales de la salud, pero son generalmente más flexibles que los HMO. Por ejemplo, usted no está obligado a tener una referencia para ver a un especialista dentro de la red. Sin embargo, si se elige el camino de salida de la red de servicios, usted es responsable de pagar la diferencia entre lo que el plan ha determinado que es su tasa negociada y lo que cobra el proveedor.

Planes de Salud con Deducible Alto (HDHP) tienen primas más bajas y un deducible anual más alto que un plan de salud tradicional. Les interesan estos planes a las personas sanas que no pueden o no quieren pagar las primas mensuales grandes para los beneficios. La atención preventiva está cubierta sin costo ninguno, pero otros servicios deben ser pagados por el asegurado hasta que se cumpla el deducible antes de que contribuya la compañía de seguros.

Una de las ventajas de un HDHP es la capacidad de aportar una cierta cantidad de dólares antes de impuestos a una cuenta de **Ahorros de Salud (HSA)** en su nombre. El dinero depositado en su HSA que no se utiliza para gastos médicos permanece en la cuenta, gana intereses libres de impuestos y puede rodar sobre un año a otro. La mayoría de la gente usa los ahorros de las primas mensuales más bajas y los depositan regularmente en su HSA para que se acumule dinero para pagar los costos de la atención médica hasta que se cumpla el deducible y comience la cobertura de seguro.

Planes Patrocinados por el Gobierno como Medicare, Medicaid o beneficios militares con frecuencia operan bajo alternativa o una combinación de estructuras. Muchos planes Medicare Advantage se estructuran como HMO o PPO. Medicaid también puede tener diferentes variedades en sus tipos de planes, pero varios estados están aplicando una estructura HMO.

GLOSARIO DE RECURSOS

WWW.CUIDADODESALUD.GOV

Términos Que Impactan Su Factura



Deducible

La cantidad que paga por los gastos médicos antes de que el plan de seguro comience a cubrir los gastos adicionales. Por ejemplo, si usted tiene un deducible de \$1,000, esto significa que usted tendrá que pagar \$1,000 en gastos directos de su bolsillo antes de que su compañía de seguros pague su parte del servicio cubierto. Las primas no cuentan para cumplir con su deducible.

Prima

La cantidad que debe pagar por su plan de seguro de salud para que permanezca activo. Si usted tiene seguro a través del lugar de trabajo, su empleador puede pagar una parte de su prima en su nombre como parte de su paquete de beneficios para empleados.

Gastos Máximos de su Bolsillo

Ésta es la cantidad más alta de dinero que tendrá que pagar durante su período del plan. Incluye el dinero que gastó en el monto del deducible, coseguro, y los copagos. Una vez que llegue a este límite, la compañía de seguros pagará el 100% de la cantidad permitida de los costos para todos los beneficios cubiertos. El Gasto máximo de su bolsillo es superior a su deducible y no incluye los costos de medicamentos o servicios que se enumeran como excluidos en su lenguaje del plan. Hoy en día, la mayoría de los planes tienen máximos separados para medicamentos y los demás servicios médicos.

Formulario

Una lista de fármacos cubiertos por los beneficios de medicamentos recetados de un plan. El formulario se divide generalmente en capas o niveles de cobertura en función del tipo o el uso de la medicación. Cada nivel tendrá un costo definido para gastos de su bolsillo o el porcentaje que el paciente debe pagar antes de recibir el medicamento. No todos los medicamentos serán cubiertos bajo el formulario para un plan específico.

Cantidad Permitida

La tarifa negociada por su compañía de seguros y el proveedor para un servicio particular cuando esté suministrado dentro de su red de seguros. Sus co-pagos y co-seguro se basarán en esta cantidad.

La Autorización Previa

Su plan de seguro puede requerir aprobación previa para ciertos servicios, medicamentos o equipos para entonces considerar cualquier cargo. La autorización previa no es una garantía de que el plan de seguro cubrirá el costo del servicio.



Conozca su Plan, Guarde su Billetera

Leer y Comprender las palabras y frases claves de su plan de seguro le ayudarán a descubrir maneras de controlar los costos.

- **Beneficios Cubiertos** Una póliza médica integral contiene varias áreas de cobertura; sin embargo, ningún plan cubrirá todos los productos o servicios de salud disponibles. Antes de buscar la atención, familiarícese con los servicios cubiertos identificados en el lenguaje del plan. Se puede sorprender al descubrir que algunos servicios que necesita no están cubiertos o sólo están cubiertos con autorización previa aprobada.

- **Beneficios No Cubiertos y Exclusiones** Es importante leer y familiarizarse con la sección de su política de salud que enumera las limitaciones y exclusiones. Su seguro no contribuye a estos servicios. Limitaciones o exclusiones típicas incluyen exámenes de la vista y los contactos, cuidado dental, tratamiento de fertilidad, cirugía cosmética y cuidado alternativo o complementario (como la terapia de masaje). Algunos planes limitan la cobertura de los tratamientos que la aseguradora no considera probada. Se pueden incluir los suministros, procedimientos, terapias o dispositivos los cuales se consideran experimentales o de investigación.

- **Beneficios de Farmacia** Con el fin de obtener un medicamento con receta, la mayoría de las aseguradoras requieren un copago (un costo fijo) o coaseguro (un porcentaje del costo) pagados de antemano. Estos costos pueden variar mucho depende de qué nivel se clasifica la medicina dentro del formulario de medicamentos del plan. Cuanto más alto sea el nivel de clasificación (clasificación por niveles por lo general van de 1 a 5), será mas alto el costo del bolsillo asociado con ese medicamento. Usted también puede tener que cumplir con una cantidad deducible farmacéutica antes de que su seguro comience a pagar su parte de sus medicamentos. Los genéricos si están disponibles son por lo general en los niveles bajos y le pueden ahorrar dinero.

Si necesita un medicamento que no está incluido en el formulario, usted puede solicitar que su médico contacte el plan de salud para explicar la necesidad médica para que usted tome un medicamento específico. Si se rechaza su solicitud, usted tiene el derecho de apelar la decisión de su plan de salud.

NO HAY PLAN DE SEGURO QUE PAGARÁ TODO

Tenga en cuenta que está bien hacer preguntas sobre los costos cuando usted está pensando en las opciones de tratamientos. Algunos tratamientos tal vez sean mas costosos, pero son igual de eficaces como otros no tan costosos.

¿Cuáles Son las Farmacias Especialistas?

Si usted tiene una enfermedad crónica, poco frecuente o de largo plazo que requiere medicación, es posible que se requiera tener ciertas recetas surtidas por una red de farmacias específico o un programa de recetas de pedido por correo. Los medicamentos que requieren de almacenamiento o manipulación especial, se administra mediante inyección o infusión, los que deben tomarse en un horario estricto, o los que requieren seguimiento de cerca de los efectos secundarios generalmente se llenan por farmacias especializadas.

Medicamentos especiales cuestan más que los medicamentos más comunes y a menudo requieren la autorización previa de la compañía de seguros. Todas las recetas requieren que usted pague el monto total adeudado antes de recibir el medicamento. Si usted está obligado a utilizar una farmacia de especialidad, un coordinador de facturación trabajará con usted y sus proveedores para agilizar el proceso.

Entender su Tarjeta de Seguro

Lleve su tarjeta de identificación del seguro con usted siempre que usted busca atención. Esta tarjeta de identificación vendrá en el correo o estará disponible electrónicamente después de inscribirse en un plan de beneficios de salud.

- 1 El número de socio de la póliza de salud (este número es único a su póliza) se refiere en toda la correspondencia.
- 2 Desglose sencillo del gasto fuera de su propio bolsillo, que puede incluir los conpagos requeridos para consultas, atención especialista, de urgencia o emergencia, y sus recetas. Esta información no toma en cuenta de su deducible.
- 3 Los números de teléfono y direcciones para utilizar cuando usted tiene preguntas, necesita ayuda para la presentación de reclamaciones o solicitar una autorización previa.
- 4 Fecha de vigencia de la cobertura.

Preguntas Frecuentes

Q ¿Qué es un plan de derechos adquiridos y cómo puedo saber si tengo tal plan?

A La Ley de Cuidado de Salud Asequible aprobada en 2010 incluye el requisito de que todos los nuevos planes de seguros creados después del 1 de enero de 2014, tenían que seguir ciertas reglas. Sin embargo, los planes de seguro de salud que existían antes de la ACA no tienen que poner en práctica algunas de estas nuevas regulaciones. Estos planes se conocen como planes de derechos adquiridos. Por ejemplo, el proporcionar atención preventiva es uno de los beneficios que los planes no estaban obligados a ofrecer que se indica en los 10 beneficios esenciales de salud sin costo compartido. Si Ud. no está seguro si su plan se considera un plan de derechos adquiridos, pregunte al departamento de recursos humanos de su empleador. Si su plan de seguro hace cambios significativos en la póliza como en la actualidad está escrito, el plan puede perder el estado de ser un plan de derechos adquiridos.

Q ¿Y si tengo más de un plan de beneficios de salud?

A Es posible que tenga una cobertura de más de un plan de seguro de salud. Por ejemplo, los esposos pueden tener cobertura para sí mismos y entre sí por medio de sus planes de trabajo. Los empleados de más edad que aún están trabajando pueden tener Medicare y cobertura patrocinado por el empleador. Empleados jubilados pueden tener tanto un seguro para jubilados a través de su empleador final y la cobertura de Medicare.

Si usted tiene más de una póliza activa, cada reclamo presentado se someterá a un proceso de revisión para determinar qué compañía de seguros de salud debe ser el pagador primario o secundario. Una vez que el plan primario paga su parte de los cargos permitidos en los servicios cubiertos se presente el balance restante para el pagador secundario para su

Q examen en su plan de beneficios. ¿Debo obtener una segunda opinión?

A Es su derecho buscar una segunda opinión cuando sienta que sea necesario. Puede ser especialmente útil cuando se enfrenta a una enfermedad grave o potencialmente mortal, cuando el diagnóstico no es claro o no está seguro de qué opción de tratamiento que desea seguir. La mayoría de las aseguradoras pagarán por una segunda visita a un proveedor de la red; sin embargo, no está garantizada. Hable con un representante de servicio al cliente de su compañía de seguros para estar seguro. Si usted piensa que existen fuera de la red las mejores opciones para una segunda opinión, entonces usted necesita ser persistente en la defensa de sí mismo.

Conozca cuáles son los servicios aprobados antes de acceder a su segunda opinión y ponerse en contacto con su plan de seguro si tiene alguna pregunta. Los exámenes diagnósticos pueden ser muy costosos y muchos aseguradores no pagarán por ellos una segunda vez si se completaron recientemente. Sin embargo, usted tiene el derecho de tener copias de cualquier prueba que ya ha completado, lo que le permite que se las proporcione a segundo médico o proveedor de atención médica para su revisión antes o durante su cita.

Health Access		COVERAGE
MEMBER NAME: JUAN PÉREZ	EFFECTIVE DATE: XX/XX/XXXX	4
MEMBER NUMBER: XXXXXXXX 1		
GROUP #: XXXXXXXX		
CO-PAY: \$25	DRUG CO-PAY GENERIC: \$10 NAME BRAND: \$50	3
SPECIALIST CO-PAY: \$35		
XRAY/LAB BENEFIT: \$250 2		
CLAIMS/INQUIRIES: 1-800-XXX-XXXX		



Ahorre Dinero a Través de Autorizaciones Previas

Su plan de salud puede requerir que usted o su proveedor de atención médica obtenga una autorización previa o pre certificación antes de recibir algunos servicios. Los servicios que a menudo requieren autorización previa son de rutina o los ingresos hospitalarios previstos, salud en el hogar o la terapia de infusión y ciertos servicios ambulatorios. **Si no obtiene la autorización previa, el servicio o medicamento puede costar más o no puede estar cubierto en absoluto.** Si tiene alguna duda acerca de si un servicio o tratamiento está cubierto, llame al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de seguro de salud.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con su compañía de seguros de antemano para hacer preguntas acerca de su cobertura. Usted es responsable de saber lo que requiere su póliza.

¡Siempre presente pre autorizaciones y trámites de aprobación previa!

Entendiendo la Explicación de Beneficios (EOB)

Cada vez que recibe atención de un proveedor o presenta una reclamación por los servicios recibidos, su aseguradora le enviará una "Explicación de Beneficios." Este formulario no es una factura. En él se explica cuales servicios

médicos y tratamientos se proporcionan y de la cantidad que la compañía de seguros pagará hacia cualquier cargo cubierto. Es importante tomar nota de la siguiente información sobre su EOB:

Entendiendo la Explicación de Beneficios

Servicio al Cliente : 1-800-123-4567

Fecha de Declaración : XXXXXX
 Numero de Documento: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ESTO NO ES UNA FACTURA

Nombre del miembro:
 Dirección:
 Ciudad, Estado, Código Postal:

Numero del Suscriptor: XXXXX ID: XXXXX Grupo: ABCDE Número de Grupo: XXXXXX

Nombre del Paciente:		Proveedor:		Numero de Reclamo: XXXXXXXXXX							
Fecha de Recepción:		Beneficiario:		Fecha de Pago: XXXXXXXXX							
Detalles del Reclamo			Que Proveedor Puede Hacer el Cobro		Su Responsabilidad		Costo total del reclamo				
Línea No.	Fecha de Servicio	Descripción de Servicio	Claim Status	Cargos del Proveedor	Cargos permitidos	Co-Pago	Deducible	Co-Seguro	Pagado por el Asegurador	Lo que debe	Código de Observación
1	3/20/14-3/20/14	Atención Médica	Pagado	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2.15	\$0.00	PDC
2	3/20/14-3/20/14	Atención Médica	Pagado	\$375.00	\$118.12	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$83.12	\$35.00	PDC
Total				\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$85.27	\$35.00	

BiCódigo de Observación: Cantidad PDC- Factura es más alto que el pago máximo permite. El pago se basa en la cantidad permitida.



Iniciar la Conversación Sobre Cuestiones de Facturación

El primer paso para hacer frente a los problemas es mantener organizada su documentación médica y financiera. De esa manera, si tiene problemas, usted será capaz de proporcionar una descripción completa del problema que se está enfrentando. **Mantenga siempre las notas escritas con la fecha, nombre, título y número de teléfono de la persona con quien habló.** Recuerde que su objetivo es lograr que le ayuden. Mantenga la calma; sea amable y paciente, sino también persistente. Si usted no entiende, pida aclaraciones y continúe hasta que entienda.

Guarde toda su información de salud y documentos en un solo lugar.



- 1**
- 2**
- 3**
- 4**
- 5**
- 6**

Verifique que los nombres del paciente y el proveedor son correctos.

Verifique la fecha para el servicio realizado.

Revise el código de procedimiento y breve descripción del servicio Revise la cantidad facturada, así como la cantidad permitida para el servicio.

Revise la cantidad facturada tal como la cantidad permitida.

Revise el monto del seguro pagado, así como la cantidad que le toca al paciente pagar dentro de la estructura del plan.

Revise el código de comentario que explica más sobre los costos, cargos y cantidades pagadas por su visita.

La información que se presenta dentro de la EOB debería hacer más fácil para que coincida con las facturas de los proveedores y asegurar la precisión.

Seis de los Mejores Consejos de Seguro de Salud y Ahorrar Dinero

- 1 Elija Proveedores Dentro de la Red** – Sepa a dónde ir para recibir atención. Utilice la sala de emergencia para una situación que amenaza la vida, pero utilice sus proveedores dentro de la red para todas las demás cuestiones relacionadas con la salud.
- 2 Llame a su Compañía de Seguros con sus Preguntas** – Lea su EOB, haga preguntas y tome notas. Preste atención a los códigos que no entiende y pida las definiciones. Asegúrese de comparar su EOB a su cuenta y vuelva a revisar las fechas de servicio para asegurarse de que coinciden las cantidades y se documentan los pagos anteriores.
- 3 Aproveche de los Servicios Preventivos** – La mayoría de los planes deben cubrir ciertos servicios preventivos sin requerir el pago adicional. Esto es cierto incluso si usted todavía no ha cumplido con su deducible, siempre y cuando usted visite a un proveedor de la red de servicios.
- 4 Practique Maneras para Mejorar la Salud y Bajar Costos** – Un buen consejo nos dice que debemos comer mejor, hacer más ejercicio, limitar el consumo de alcohol y dejar de fumar. Además de estos elementos básicos de salud, obtenga las vacunas y exámenes cuando se recomienden y no deje de ver a un médico cuando lo necesita.
- 5 Sea Proactivo si Usted no Puede Pagar su Cuidado** – Preocuparse o estresar sobre cómo pagar por los costos de salud puede empeorar una condición crónica, o hacer que usted retrase la búsqueda de atención. Si se siente abrumado, pregunte sobre los planes de pago o programas de caridad. Los recursos de la comunidad pueden variar de ayuda con los gastos prácticos y suministros médicos, asistencia con co-pagos y primas, servicios de asesoramiento y ayuda legal. Si pide ayuda, muchos proveedores ofrecerán un plan de pagos o presentar soluciones que pueden ayudar a pagar su cuidado.
- 6 Elija Medicamentos Genéricos Cuando es Posible** – La Administración de Drogas y Alimentos en los Estados Unidos (FDA) exige que los medicamentos genéricos sean tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca. Tienen la misma dosis, uso previsto, los efectos, los riesgos, la seguridad y la fuerza que el medicamento original. La principal diferencia es los fabricantes de medicamentos genéricos que tienen menos costos asociados con el desarrollo y la comercialización. Los ahorros se pasan a usted cuando usted utiliza el genérico en lugar del nombre de marca.

Una Nueva Tendencia en Tratamiento: Medicina Personalizada

Las pruebas genéticas y la medicina personalizada se están evolucionando rápidamente como el futuro del tratamiento médico. Las pruebas genéticas no sólo ayudan a identificar el riesgo individual de desarrollar una determinada enfermedad o condición, sino que también proporcionan información sobre la mejor manera de tratar una enfermedad. Además del cáncer, la medicina personalizada está impulsando el desarrollo de nuevos tratamientos para enfermedades complejas como la diabetes, enfermedades del corazón, la hepatitis C y la enfermedad de Alzheimer's, que se cree que es causada por una combinación de factores genéticos y otros factores.

Aunque todavía estamos aprendiendo acerca de los beneficios, la medicina personalizada permite a los médicos a recomendar el tratamiento específico o de drogas, basado en su composición genética específica. Por ejemplo, muchos biomarcadores tumorales únicas se están investigando a través de ensayos clínicos que determinan si el tumor de un paciente tiene las características para responder a un tratamiento específico. Se ha demostrado que esto proporciona mejores resultados de salud, aliviando al paciente de muchos efectos secundarios innecesarios y desagradables y evitando costos adicionales.

Hable con su compañía de seguros acerca de cuales pruebas genéricas y opciones de tratamiento están cubiertos por su plan.



Recurso Destacado - Mi Búsqueda de Recursos

A veces, incluso con seguro, necesita atención médica adicional o apoyo financiero. Disponible en tiendas de aplicaciones de Apple y Android, **My Resource Search** puede ayudarle a identificar las organizaciones sin fines de lucro y comunitarias que trabajan para ayudar a los pacientes a superar los desafíos que tiene que ver con el acceso de la salud y la asequibilidad. Descargue la aplicación gratuita y comience hoy a buscar recursos (Se muestra sólo en inglés).

