

Para aprender a navegar por su plan de cobertura de cuidado de la salud, lea este sencillo folleto.



Cómo Navegar su Plan PPO

Para seleccionar un plan de cobertura de cuidado de la salud es necesario que usted tome algunas decisiones. Una vez que elija su plan de cobertura de cuidado de la salud, es importante que comprenda cómo usarlo de manera apropiada para que pueda tener la mejor combinación de costo y servicio. Le ofrecemos este folleto bilingüe que ayuda a aclarar algunas de las alternativas y a tomar decisiones informadas.

Este folleto le indicará cómo seleccionar a un médico, la información básica con respecto a su plan de cobertura de cuidado de la salud y cuándo usar los servicios de su médico, de atención de urgencia y de emergencia. ¡Tenemos mucho material educativo sobre la salud para usted!

Pregúntele a su Administrador de Beneficios acerca de los diversos recursos bilingües de nuestra compañía:

- Materiales sobre los beneficios de su plan de cobertura de cuidado de la salud.
- Folletos, volantes y otros materiales de mantenimiento de la salud sobre problemas de salud comunes.
- Información sobre módulos de aprendizaje interactivos que le ayudarán a seleccionar un plan de cobertura de cuidado de la salud.

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan de cobertura de cuidado de la salud, llame a nuestros Agentes Bilingües de Servicio al Cliente al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.

¡Nos complace atenderle!

Para obtener información sobre salud y bienestar, visite nuestros sitios de Internet bilingües en www.uhclatino.com, para afiliados de un plan de UnitedHealthcare o www.pacificarelatino.com, para afiliados de un plan de PacifiCare.





Veamos cómo funciona su plan de cobertura de cuidado de la salud.

Los planes de cobertura de cuidado de la salud contratan a proveedores (hospitales y médicos) para ofrecer servicios a sus afiliados. Estos proveedores contratados frecuentemente se llaman redes. Los hospitales y médicos deben estar certificados y deben cumplir los estándares de calidad antes de que un proveedor pueda ser parte de la red. Los proveedores de la red han acordado ofrecer sus servicios a una cuota con descuento.

Muchas empresas proporcionan cobertura de cuidado de la salud como un beneficio del empleo. En la mayoría de los casos, las empresas y los empleados comparten el costo de dicha cobertura. Usted obtiene atención médica mediante su cobertura de cuidado de la salud. Puede tener acceso a la red de médicos y hospitales y disfrutar menores costos o puede usar los proveedores fuera de la red y pagar una cuota mayor por sus servicios.

¿Qué es un Médico de Atención Primaria?

Cuando comience a usar los beneficios de su plan de cobertura de cuidado de la salud, es importante, pero no necesario, que seleccione un médico de familia. Este médico lo conocerá con el tiempo y será una guía útil con respecto a su salud general y la de su familia.

Cuando seleccione a un médico, usted tiene la libertad de escoger a su propio médico del directorio de médicos participantes del plan o externo a éste (fuera de la red). Sin embargo, usted tiene el nivel de cobertura más alto y el mínimo costo de desembolso personal cuando recibe atención de proveedores que se encuentran dentro del directorio (dentro de la red).

Cuando seleccione un Médico de Atención Primaria, usted deberá considerar las siguientes preguntas:

- ¿Se siente cómodo con su médico?
- ¿Se encuentra el médico dentro de la red?
- ¿Se encuentra convenientemente ubicado el consultorio del médico?
- ¿Son los horarios de atención lo suficientemente flexibles para acomodarse a su horario de trabajo?
- ¿Tiene su médico las capacidades de comunicación en su idioma?

Cuando visite el consultorio de su médico, usted es responsable de pagar el copago o coaseguro. El plan de cobertura de cuidado de la salud cubre sólo una parte de los gastos médicos después de que usted haya pagado el deducible completo para el año.

El copago es la cuota que usted está obligado a pagar, si es que existe alguna, al momento de recibir servicios cubiertos. Los copagos son una cantidad o porcentaje predeterminado del costo del servicio cubierto que se le pagará al proveedor. El deducible es lo que usted paga antes de que su plan de cobertura de cuidado de la salud comience a contribuir a su gasto médico. El coaseguro es un porcentaje predeterminado de los cargos elegibles que un afiliado paga después de cumplir con el deducible aplicable.



En algún momento es posible que necesite ver a un especialista. A diferencia de una HMO que requiere una referencia, usted tiene la libertad de ver un especialista siempre que lo desee. No es necesaria una autorización previa de parte de su médico de atención primaria bajo esta opción del plan.



Con nuestro plan de cobertura de cuidado de la salud PPO:

- Usted puede seleccionar a un médico tanto dentro de la red de proveedores participantes como fuera de ella.
- Usted tiene el nivel de cobertura más alto y el mínimo costo de desembolso personal cuando elige proveedores de la red contratada.
- Usted no necesita una referencia para ver a un especialista.
- Es posible que necesite presentar formularios de reclamo por los servicios de desembolso personal como visitas al consultorio y recetas.

Si va a ver a un médico dentro la red, no debe preocuparse por presentar un reclamo ya que el consultorio de su médico generalmente se encarga de dicho papeleo. Al momento del servicio, simplemente se le cobrará cualquier copago, coaseguro y/o deducible aplicable. Si visita a un médico fuera de la red, es más probable que se le pida que pague el costo completo por dicho servicio. La mayoría de los proveedores llenarán un formulario de reclamo por usted. Asegúrese de pedir con anticipación la práctica de facturación de su médico.

Su Médico de Atención Primaria es su principal fuente de atención médica. Su médico proporciona servicios que protegen su bienestar y necesidades médicas actuales. En general, es más económico para usted ir a su médico de atención primaria que a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia. Sin embargo, a veces, usted puede tener una condición médica que sea necesario tratar cuando su médico no está disponible.

¿Qué es Atención de Urgencia?

Los Servicios de Atención de Urgencia son servicios cubiertos apropiados para el tratamiento de una lesión o enfermedad que requiere atención médica inmediata.

¿Qué es Atención de Emergencia?

Una Condición Médica de Emergencia es un evento o condición médica que el afiliado cree razonablemente que amenaza la vida o extremidad de manera tal que es necesaria la atención médica inmediata para evitar la muerte o trastorno grave a la salud. Debe dirigirse a la sala de emergencias o llamar al 911 (o a un equivalente local), si cree que una demora podría poner en grave riesgo la salud del afiliado, causar una limitación grave en la función corporal, causar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o si está en trabajo de parto activo.



Fuente:
Strengthening Managed Care. Research in Action Fact Sheet. AHCPH Publication No. 96-P045, junio 1996. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/research/managed.htm>

La cobertura de seguro es proporcionada por o a través de United HealthCare Insurance Company o sus afiliadas. Los servicios administrativos son ofrecidos por United HealthCare Insurance Company, United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas.

© 2008 United HealthCare Services, Inc.