

Preguntas para mi plan de salud o compañía de seguros



Un recurso para las familias que tienen niños con necesidades especiales de salud

Esta hoja informativa ayudará a las familias a descubrir cuánto pueden costar los servicios y los documentos que se requieren cuando estén buscando cuidado médico, servicios de terapia u otros tratamientos para un niño/a con necesidades especiales.

❖ ¿Tengo cobertura para _____?

Si su hijo necesita un nuevo tratamiento o servicio médico y no está segura/o si su plan lo pagará, llame a su plan de salud o compañía de seguros. Antes de llamar, tenga la siguiente información lista:

- Su seguro de salud, su número de miembro HMO o el número de identificación de su plan.
- El nombre del médico y la información de contacto, incluyendo la dirección de la clínica y número de teléfono.
- El número de visitas requeridas, durante qué período de tiempo (por ejemplo, 6 visitas de terapia física, durante los próximos 3 meses).

❖ ¿Tengo un deducible? ¿Cuánto tengo que pagar?

Un **deducible** es la cantidad que usted adeuda por los servicios de salud cubiertos antes de que su seguro comience a pagar. Por ejemplo, si su **deducible** es de \$1000.00 su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$1000.00 (pagando \$1000.00 de su bolsa) por servicios cubiertos. El deducible puede no ser aplicado a todos los servicios, incluyendo muchos servicios preventivos de salud como vacunas y visitas anuales.

❖ ¿Hay un copago o co-seguro?

Un **copago** es una cantidad que se requiere que pague para compartir el costo de un servicio médico después de pagar cualquier deducible. Un **copago** es generalmente una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$20.00 cada vez que visita a su médico o recoge un medicamento recetado.

Co-seguro es la cantidad que usted puede estar obligado a pagar como su parte del costo de servicios después de pagar cualquier deducible. Un co-seguro es generalmente un porcentaje. Por ejemplo, usted será responsable de pagar el 20% de la factura por una visita al médico.

❖ ¿Hay un desembolso máximo antes de que el plan pague mis gastos médicos?

Un **desembolso máximo o límite** es la cantidad máxima a pagar durante un año (el período de una póliza) antes de que su plan de salud comience a pagar el 100% de los beneficios cubiertos. Este límite debe incluir deducibles, co-seguros, copagos o cargos similares. Este límite no tiene que contar las primas, cantidades asociadas a proveedores fuera de la red y otros costos compartidos fuera de la red.

❖ ¿Está el proveedor en mi red? Si no, ¿quién en la red ofrece un servicio similar?

Una **red** es un grupo de proveedores con quienes su seguro de salud o su compañía de seguros trabajan más a menudo. Permanecer en la red puede ayudar con la coordinación de su atención médica. Sin embargo, muchos planes de salud cubrirán el costo de ver a un proveedor fuera de la red si no hay disponible un proveedor o un especialista similar en la red.

❖ ¿Necesito una referencia/derivación o autorización previa para servicios?

Una **referencia o derivación** es una orden de su médico de cabecera para consultar a un especialista u obtener ciertos servicios médicos. Muchos planes de salud requieren que usted obtenga una **referencia o derivación** antes de cubrir el costo de atenderse con otro médico que no sea su médico de cabecera.

Una **autorización previa (PA en inglés)** es una decisión por parte de su plan de salud indicando que un tratamiento o servicio es **médicamente necesario**. Una PA es a veces llamada “solicitud de autorización” o “aprobación previa”. Un proveedor llenará el papeleo para una autorización previa, hará que la firme su médico de cabecera y la presentará a la compañía de seguros. Usted puede pedir una copia y puede proporcionar información adicional, especialmente si la autorización previa ha sido negada y debe ser enviada nuevamente.

❖ ¿Me puede dar una copia de mi *resumen de beneficios y cobertura*?

Un resumen de beneficios y cobertura es la explicación de servicios que están cubiertos bajo su plan. Detalla el costo de la atención, tales como copagos y deducibles. El resumen es el contrato entre usted y su plan. *No es el folleto de mercadeo que usted puede obtener de su empleador.*

Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar servicios contacte a las siguientes organizaciones:

- **Regional Centers for Children and Youth with Special Health Care Needs.** Es una red de 5 centros dedicados a apoyar familias que tienen niños con necesidades especiales - dhs.wisconsin.gov/cyshcn/regionalcenters.htm
- **Wisconsin First Step.** Información estatal y línea de remisiones/derivaciones, puede ayudar a las familias a encontrar proveedores de salud mental y otros apoyos. Comunicarse al **1-800-642-STEP (7837)** o www.mchhotlines.org/wisconsin-first-step.