

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Course 2 - Spanish

Topic: 01 | Page: 01


Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida


Introducción al Curso
1 de 3

Introducción al Curso

BIENVENIDO AL CURSO
Fundamentos Básicos del
Seguro de Salud



[Descripción de la imagen o animación](#)



Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

< ATRÁS
SIGUIENTE >

Flash -- Alt Text:
splash page

Flash -- Long Description:

Bienvenido al Curso sobre los Fundamentos de los Seguros de Salud. (Logotipo del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Logotipo del Mercado de Seguros de Salud).

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Introducción al Curso

2 de 3

Resumen General

¡Bienvenido al Curso sobre los Fundamentos Básicos del Seguro de Salud! Este curso introduce los conceptos básicos sobre los seguros de salud, que son importantes para ayudar a los consumidores a encontrar la cobertura que mejor se ajuste a sus necesidades.

El curso incluye información sobre:

- El propósito y los tipos de seguros de salud
- Las diferentes maneras que tiene el consumidor para adquirir seguros de salud
- Términos comunes utilizados en los seguros de salud
- Costos asociados con los seguros de salud
- Cobertura para medicamentos recetados

El curso concluye con un examen que evalúa su conocimiento sobre los conceptos tratados durante el curso.

Haga clic en **SIGUIENTE** para comenzar.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:

Un montaje de fotografías relacionadas a la salud que incluye, un letrero en la sala de emergencias, un hospital, botellas con pastillas, un terapeuta físico, un aparato para tomar la presión y un doctor examinando a una paciente

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Introducción al Curso

3 de 3

Como Navegar Este Entrenamiento

Navegación

- Usar los botones de ATRÁS y SIGUIENTE localizados en la parte inferior de la página para avanzar o retroceder en el módulo.
- Usar el botón de Menú localizado en la parte inferior de la página para ir a cualquier otro módulo en el curso.
- Usar los botones de Recursos y Glosario para información adicional.
- Usar el botón de Ayuda para una explicación más detallada sobre los recursos de navegación en este curso.
- Usar el botón de Salida localizado en la esquina superior derecha para cerrar este curso. Este curso contiene un recurso de marcación de páginas que le permite salir del curso en cualquier momento y regresar, más tarde, al mismo lugar donde lo dejó.

Sobre este Curso

Este curso no contiene audio. Usted no necesitará altavoces o audífonos, a menos que esté trabajando con tecnología asistencial. Para ayuda con las opciones de accesibilidad, favor de seleccionar el botón de Ayuda localizado en la parte inferior de la página.

Este curso contiene evaluaciones o ejercicios de práctica que le ayudará a prepararse para el examen que se requiere tomar al final de cada curso.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

1 de 11

Resumen General de los Seguros de Salud

Ésta es la primera parte de una serie de cursos que lo preparará para asistir a los consumidores que tengan preguntas generales sobre las coberturas de salud.

El curso le proveerá a usted la capacidad para:

- Identificar el propósito de los seguros de salud
- Definir el concepto del cuidado de la atención medica administrada
- Identificar las diferentes maneras que un consumidor puede obtener seguros de salud

Nota: Los términos cobertura de salud y seguro médico se usan de manera intercambiable. Cobertura de salud se define como un grupo de beneficios garantizados a un individuo a través de la inscripción en un programa de cobertura de salud. Todo el seguro médico califica como cobertura de salud, pero toda la cobertura de salud no califica como seguro médico. Por ejemplo, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por su sigla en inglés), y el Programa de los Beneficios de Salud de Asuntos de los Veteranos (VA, por su sigla en inglés) se consideran como programas de cobertura de salud.

Haga clic en **SIGUIENTE** para continuar



Menú


Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS

SIGUIENTE ▶

 Graphic -- Alt Text:

Un doctor examina a una paciente.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

2 de 11

Preguntas posibles de los Consumidores

Para poder ayudar eficazmente a los consumidores, es importante que usted pueda contestar la mayor cantidad de preguntas como sea posible o encontrar las respuestas a través de los recursos disponibles.

Las preguntas que posiblemente serán tan diversas como los consumidores a quienes usted vaya a ayudar. Las preguntas pueden incluir:

- ¿Qué es un seguro de salud?
- ¿Por qué es importante tener un seguro de salud?
- ¿Cómo funciona un seguro de salud?
- ¿Cómo puedo obtener un seguro de salud?

Su trabajo es el de ayudar a los consumidores a entender cuáles son sus opciones y encontrar una cobertura de salud adecuada que se ajuste a su presupuesto y necesidades básicas.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una mujer joven con una tabla sujetapapeles

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

3 de 11

Definición de Seguro de Salud

Un seguro de salud es un contrato entre un consumidor y una compañía de seguros*, el cual requiere que la compañía pague o reembolse algunos o todos los costos de atención médica incurridos por el consumidor cuando él o ella se enferma o necesita atención médica. Parte de ese contrato requiere que el consumidor pague una cantidad fija mensual.

Cuando los consumidores tienen seguro, ellos pagan algunos de los costos y la compañía de seguros paga algunos de los costos. Los diferentes costos asociados con el seguro de salud y la manera en que los costos se dividen entre el consumidor y la compañía serán explicados en detalle más adelante en este curso.

Nota: Las compañías de seguros de salud también son llamadas organizaciones de coberturas de salud, distribuidores de seguro de salud, aseguradores o pagadores.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Seguro de Salud 101 escrito en la pizarra

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

4 de 11

Importancia de los Seguros de Salud



Los consumidores podrán preguntarle por qué ellos necesitan un seguro de salud y cómo pueden obtener la cobertura.

Usted puede contestarles:

- El seguro de salud permite a los consumidores obtener servicios de salud preventiva para ayudarlos a mantenerse saludables.
- El seguro de salud le ayuda a pagar por los servicios de cuidado de salud, si el consumidor se enferma o se lesiona.
- Sin seguro de salud, los costos ocasionados por servicios médicos pueden ser extremadamente altos y causar serios problemas financieros.
- La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que los consumidores obtengan un seguro de salud o paguen una multa.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

 Graphic -- Alt Text:

Un hombre y una mujer conversan sobre el seguro de salud.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

5 de 11

Cómo funciona el Seguro de Salud



Las compañías de seguros de salud contratan hospitales, doctores, farmacias y otros proveedores de cuidados de salud para proveer servicios médicos a cambio de una tarifa acordada de antemano. Estos grupos se conocen como la red de proveedores de seguros de salud.

Las compañías de seguros de salud usan varias redes para desarrollar diferentes opciones de planes de salud y brindar los cuidados a sus miembros. Es importante que los consumidores revisen cuidadosamente las redes de proveedores antes de seleccionar un plan para confirmar que los doctores que ellos desean consultar participen en el plan de salud que vayan a seleccionar.

Se les requiere a los consumidores renovar su participación en los planes de salud anualmente. Los consumidores pueden cambiar sus planes de salud cuando renuevan su plan.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:

La flecha en la gráfica sobre seguros de salud señala un diagrama que comienza con los Costos Asociados a los Cuidados Médicos, y continúa con las Medicinas Recetadas, la Investigación Médica, los Programas Sociales, los Seguros, los Proveedores, las Personas que no Tienen Seguro y los Hospitales.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

6 de 11

El Concepto de la Atención Médica Administrada

Casi todas las compañías de servicios de salud utilizan la atención médica administrada para prestar servicios del cuidado de la salud. Para las compañías de seguro de salud, la atención médica administrada es una manera de controlar la calidad, los costos y los accesos a los servicios. Esto les permite desarrollar contratos con proveedores para crear redes que proveen cuidado a los consumidores. Si el consumidor utiliza algún proveedor que no ha sido contratado (también llamados proveedores fuera de la red), el consumidor se enfrentará con límites en sus beneficios o con costos adicionales.

Ejemplos de diferentes tipos de planes de atención médica administrada son las organizaciones para el mantenimiento de la salud (las HMO, por su sigla en inglés), los planes para punto de servicios (POS, por su sigla en inglés), y las organizaciones para proveedores preferidos (las PPO, por su sigla en inglés). Estos planes varían según el acceso que tiene el consumidor a su proveedor. Como alternativa a la atención médica administrada, una cobertura de salud puede ser suministrada a través de un Plan de Pago-por-Servicio (FFS, por su sigla en inglés). También se le llama plan de indemnización. El plan FFS les permite a los consumidores escoger sus proveedores y la compañía de seguro de salud les reembolsa a esos proveedores una porción del costo total de cada servicio que los consumidores utilicen.

ALT TEXT:

Cuatro círculos marcados: Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), Puntos de Servicios (POS), Organizaciones para Proveedores Preferidos (PPO) y Pago-por-Servicio (FFS) de izquierda a derecha. La flecha en la parte inferior indica que los planes más restrictivos están a la izquierda y, progresivamente, los menos restrictivos a la derecha

DIRECTIONS TO ARTIST:



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:

Cuatro círculos marcados: Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), Puntos de Servicios (POS), Organizaciones para Proveedores Preferidos (PPO) y Pago-por-Servicio (FFS) de izquierda a derecha. La flecha en la parte inferior indica que los planes más restrictivos están a la izquierda y, progresivamente, los menos restrictivos a la derecha

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

7 de 11

Evaluación

¿Cuáles de los siguientes programas NO es un tipo de plan de atención médica administrada?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. Pago- por- el Servicio (FFS)
- B. Punto de Servicio (POS)
- C. Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- D. Organizaciónde Proveedores Preferidos (PPO)

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[< ATRÁS](#) [SIGUIENTE >](#)

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud
8 de 11

Cómo Obtener Seguros de Salud en el Mercado Privado

Usted tendrá que explicar las diferentes maneras que un consumidor puede obtener un seguro de salud. Los programas de seguros de salud pueden ser administrados por una organización privada (incluyendo las organizaciones sin fines de lucro) o por una agencia gubernamental.

Seleccione el título del programa abajo para aprender más sobre las diferentes maneras de obtener seguros de salud manejados de manera privada. Usted debe presionar cada artículo antes de pasar a la próxima pantalla.

Seguros de Salud Dentro del Mercado

Seguros de Salud Fuera del Mercado

Seguros de Salud por Medio del Empleo

Seguro de Salud bajo la Póliza de un Padre

[Descripción de la imagen o animación](#)

CENTRO FOR MARKET & MEDICARE SERVICES

Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

◀
▶

Flash -- Alt Text:
Tipos de programas de seguros de salud privados

Flash -- Long Description:

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud 9 de 11

Opciones de Coberturas de Salud Adicionales

Además de los programas administrados de manera privada, el gobierno también opera programas de cobertura de salud públicos. Para ayudar a los consumidores encontrar la cobertura correcta, usted necesitará entender estos programas.

Seleccione cada título de los programas a continuación para aprender más sobre los diferentes programas de cobertura de salud públicos. Haga clic en cada uno antes de pasar a la próxima pantalla.

Descripción de la imagen o animación

Menú Ayuda Glosario Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Flash -- Alt Text:

Los círculos definen las opciones de cobertura de salud adicionales.

Flash -- Long Description:

Medicare

Medicare es un programa federal de seguros de salud para personas de 65 años de edad o mayores, para ciertas personas jóvenes con incapacidades, y para personas que padecen de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por su sigla en inglés, una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante).

Medicaid

Un programa de seguro de salud administrado en forma conjunta por el gobierno federal y estatal, para familias, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas incapacitadas, y en algunos estados, otros adultos. El gobierno federal provee una parte de los fondos de Medicaid y establece las normas del programa. Los estados también tienen alternativas de cómo diseñar su programa y por esa razón Medicaid varía de estado en estado y puede llamarse de otra manera en su estado.

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por su sigla en inglés)

CHIP es un programa financiado en conjunto por el gobierno federal y estatal que provee cobertura de salud a niños de bajos recursos económicos y, en algunos estados, a mujeres embarazadas de familias con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid, pero quienes no se pueden permitir un seguro de salud privado.

TRICARE

TRICARE es el programa de cuidado de salud del Departamento de Defensa (DoD, por su sigla en inglés) disponible a los miembros elegibles, y sus familias, de los siete servicios uniformados en los Estados Unidos: el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marina, el Guardacostas, y el Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública y Administración Nacional Oceánica y Atmosférica.

Beneficios de Salud de Asuntos de los Veteranos (VA, por su sigla en inglés)

El VA provee cobertura de salud para los veteranos elegibles que han servido en las fuerzas militares de los Estados Unidos. El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos administra una variedad de beneficios y servicios que proveen asistencia financiera y de otros tipos a los miembros del servicio, veteranos sus dependientes y sobrevivientes.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

10 de 11

Evaluación

¿Cuál de estos programas permite que los consumidores mantengan su cobertura existente en caso de perder o renunciar sus trabajos?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. TRICARE
- B. Medicare
- C. Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)
- D. Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

[Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS](#) [SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Resumen General de los Seguros de Salud

11 de 11

Puntos Clave

- ▶ Usted es responsable de explicar los diferentes tipos de seguros de salud disponibles para los consumidores.
- ▶ Los consumidores compran seguro médico para ayudar a pagar por la atención médica y evitar graves dificultades financieras.
- ▶ Las compañías de seguros de salud contratan con grupos de hospitales, médicos, farmacias y otros proveedores de cuidados de la salud, conocidos como las redes de proveedores, para proporcionar servicios de atención de salud a cambio de una cantidad acordada.
- ▶ Administración de la atención médica es una forma de administrar los costos, la calidad y el acceso a los servicios de atención de la salud para las compañías de seguros.

Usted ha completado este módulo exitosamente.

Haga clic en **SIGUIENTE** para volver al Menú Principal

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

1 de 11

Introducción

Los consumidores a quienes usted rinde servicios podrán ser nuevos en el mercado de seguros y para algunos de ellos esto puede ser la primera vez en su vida para obtener seguros. Estos consumidores tendrán diferentes niveles de comprensión y confort con los seguros de salud.

Ejemplos de términos utilizados en los seguros de salud incluyen:

- Redes de proveedores
- Primas, co-pagos y deducibles
- Formularios
- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y organización para proveedores preferidos (PPO)

Para poder ayudar eficazmente a los consumidores, usted necesita poder describir estos términos.

Este entrenamiento le proveerá la habilidad de:

- Describir las redes de proveedores de los seguros de salud
- Enumerar los tipos de costos generales asociados con la cobertura de salud
- Definir los formularios para los medicamentos recetados
- Definir los diferentes tipos de planes de seguros de salud

Haga clic en **SIGUIENTE** para continuar



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS

SIGUIENTE ▶

Graphic -- Alt Text:

Foto de un consumidor confundido

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

2 de 11

Redes de Proveedores

Recuerde que casi todas las compañías de seguros de salud utilizan el plan de atención médica administrada con las redes de proveedores para controlar los costos cuando proveen servicios a los consumidores. Algunos planes de salud tales como, las organizaciones para el mantenimiento de la salud (las HMO), solamente pagan por los servicios que se brindan por un proveedor dentro de su red, también llamados proveedores dentro de la red. Otros planes, tales como las organizaciones para proveedores preferidos (las PPO), pagarán por los servicios de cualquier proveedor, aun si no es un proveedor de la red. Ir a un doctor que no está en la red del plan, o está fuera de la red, generalmente resulta ser más caro para los consumidores.

Algunos planes requieren que los consumidores escojan un doctor de cuidado primario dentro de la red. Los costos, incluyendo los co-pagos, por los servicios dados por el doctor de cuidado primario son usualmente más bajos que los costos de los especialistas que están fuera o dentro de la red. Un doctor de cuidado primario es un médico que provee o coordina directamente una gama de servicios de cuidados de salud al paciente. Ellos pueden ser responsables de coordinar el cuidado y hacer referencias a especialistas.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una lista de gastos, incluyendo deducibles, copagos y medicamentos recetados genéricos

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud


Salida

Terminología Común de Seguros de Salud
3 de 11


Costos Asociados con los Seguros de Salud

Para asistir a los consumidores en escoger la cobertura de salud correcta usted necesita estar seguro de que ellos entiendan los términos relacionados a los costos de seguros de salud.


Seleccione cada término a continuación para aprender más sobre los costos asociados con los seguros de salud. Usted debe hacer clic en cada término antes de avanzar a la próxima pantalla.




Prima



Co-pago




Deducible




Co-seguro

[Descripción de la imagen o animación](#)



Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

◀
▶
▶

 Flash -- Alt Text:

Los términos relacionados con los costos de los seguros de salud

 Flash -- Long Description:

Prima

Una prima es la cantidad que se debe pagar a la compañía de seguros de salud por el plan de seguro de salud. Los consumidores y/o los empleadores usualmente lo pagan de manera mensual, trimestral o anual.

Copago

Un copago es una cantidad fija (por ej., \$15) que pagan los consumidores por un servicio de cuidado de salud, generalmente al momento que se presta el servicio. La cantidad puede variar de acuerdo al tipo de servicio que se cubre, tales como, visitar a un doctor, llenar una receta o ir a una sala de emergencias. Los co-pagos son generalmente más bajos para servicios brindados por los doctores de cuidado primario que por los especialistas. Recuerde que los co-pagos para proveedores dentro de la red son generalmente más bajos que los de proveedores fuera de la red.

Deducible

Un deducible es la cantidad que un consumidor paga por los servicios de cuidado de salud antes de que su plan de salud comience. Por ejemplo, si el deducible de un consumidor es de \$1,000, el plan no paga nada hasta que el consumidor haya cumplido con su deducible de \$1,000 por servicios de cuidados de salud cubiertos. Algunos servicios de cuidados de salud pueden ser cubiertos por el plan de salud, aun si el consumidor no ha cumplido con su deducible. Las primas y los co-pagos no cuentan hacia el deducible.

Coseguro


El coseguro es la parte del costo que paga el consumidor por un servicio de cuidado de salud cubierto, calculado a base de un porcentaje de la cantidad permitida por el plan de salud y por ese servicio. El consumidor paga el coseguro más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, si un plan de seguro de salud permite que una visita al doctor se pague \$100 y el consumidor ha pagado todo su deducible, el pago del coseguro del 20% será de \$20. El plan de seguro de salud paga el resto de la cantidad que se debe.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Terminología Común de Seguros de Salud Salida

4 de 11

Costos Asociados con Seguros de Salud



¡Wow! Nunca me imaginé que un co-seguro fuera tan importante. ¿Cuánto me va a costar la cirugía de la rodilla?

Si el co-seguro de su plan médico administrado es 20%, entonces usted paga por el deducible de su plan más el 20% de los gastos cubiertos para la cirugía de la rodilla. Usted debe estar consciente que sus gastos cubiertos serán significativamente menos si usted tiene la cirugía en un hospital que es parte de la red de proveedores de su plan de atención médica administrada.

[Descripción de la imagen o animación](#)

Menú Ayuda Glosario Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Graphic -- Alt Text:
Una mujer y un hombre discutiendo el co-seguro con un auxiliar del consumidor

Graphic -- Long Description:

El hombre: "¡Wow! Nunca me imaginé que un co-seguro fuera tan importante. ¿Cuánto me va a costar la cirugía de la rodilla?" El auxiliar del consumidor: "Si el co-seguro de su plan médico administrado es 20%, entonces usted paga por el deducible de su plan, más el 20% de los gastos cubiertos para la cirugía de la rodilla. Usted debe estar consciente que sus gastos cubiertos serán significativamente menos si usted tiene la cirugía en un hospital que es parte de la red de proveedores de su plan de atención médica administrada."

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

5 de 11


Costos Asociados con los Seguros de Salud

Reclamo: Una solicitud de pago que el consumidor o el proveedor de cuidados de salud entregan a la compañía de seguro de salud para productos o servicios que ellos creen que son cubiertos.

Cantidad Autorizada: La cantidad máxima permitida de pago para un servicio de salud cubierto por una compañía de seguro de salud. También se le llama "gasto elegible", "pago de subsidio" o "tarifa negociada". Si un proveedor cobra más de la cantidad permitida, el consumidor tendrá que pagar la diferencia.

Balance de Facturación: Cuando un proveedor le factura al consumidor por la diferencia del cargo del proveedor y la cantidad autorizada por el plan de salud. Por ejemplo, si el proveedor cobra \$100 y la cantidad permitida es \$70, el proveedor le enviará una factura al consumidor por los \$30 de balance. Algunos proveedores no les mandan una factura de balance a los consumidores. Esto generalmente ocurre si el proveedor tiene un contrato con la compañía de seguro de salud del consumidor que le permite dar servicios con descuentos al consumidor. Usted debe recordarles a los consumidores la importancia de endentar su red de proveedores y si tendrán que pagar más para visitar ciertos proveedores.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una mujer joven con una tabla sujetapapeles

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

6 de 11

Evaluación

Helen tiene 46 años y es madre de tres niños. El plan de salud de su esposo tiene un deducible de \$1,000 por toda la familia cada año calendario. Su hijo de 8 años requiere un procedimiento médico que cuesta \$1,500. Helen ya ha pagado \$750 del deducible este año. Asumiendo que el servicio será cubierto por su plan de salud y que no hay co-pagos o co-seguro, ni aplica el balance de facturación, ¿cuánto va a pagar Helen por el procedimiento médico de su hijo?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. \$250
- B. \$500
- C. \$1000
- D. \$1500

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS](#) [SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

7 de 11

Formulario



Los planes de salud utilizan el término "formulario" para describir la lista de medicinas que ellos cubren.

El formulario generalmente incluye los detalles sobre los co-pagos que el consumidor debe pagar por cada tipo de medicina cubierta. Si el plan utiliza "niveles", el formulario tendrá una lista de las medicinas que se incluyen en cada nivel. Los niveles son grupos de medicinas que tienen diferentes costos. Una medicina de un nivel más bajo cuesta menos que una de un nivel superior. En general, un formulario en niveles estimula a los consumidores seleccionar medicinas de bajo precio tales como las genéricas.

Por ejemplo, bajo el enfoque de un formulario de tres niveles:

- El primer nivel generalmente incluye las medicinas de marcas genéricas con el precio más bajo para el consumidor (por ej., \$10 de co-pago)
- El segundo nivel incluye medicinas de marcas preferidas con un precio alto para el consumidor (por ej., \$25 de co-pago)
- El tercer nivel incluye las medicinas de marcas no-preferidas con el precio más alto para el consumidor (por ej., \$40 de co-pago)



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Una botella de medicina

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Terminología Común de Seguros de Salud Salida

8 de 11

Diferentes Tipos de Planes de Seguros de Salud

Ahora que usted entiende los términos básicos que utilizan los seguros de salud, vamos a ver cómo se aplican a los diferentes tipos de planes de salud. Los planes de salud varían de acuerdo a la red de proveedores, la cantidad que los consumidores tienen que pagar y los beneficios que se ofrecen.

Seleccione cada tipo de plan para aprender más sobre los diferentes tipos de planes de salud. Haga clic en cada plan antes de avanzar a la próxima pantalla.

Organizaciones
para
Proveedores
Preferidos


Plan para
Puntos de
Servicios

Organizaciones para el
Mantenimiento de la
Salud

Plan de
Salud de
Alto
Deducible

Plan de
Salud
Catastrófica

[Descripción de la imagen o animación](#)



Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

◀ ATRÁS
SIGUIENTE ▶

Flash -- Alt Text:

Diferentes tipos de planes de seguros de salud

Flash -- Long Description:

Organizaciones para Proveedores Preferidos (PPO): Un tipo de plan de salud que contrata proveedores médicos tales como, hospitales y doctores, para crear una red de proveedores participantes. Los consumidores pagan menos si utilizan esos proveedores que pertenecen a la red del plan. Los consumidores pueden visitar doctores, hospitales y proveedores fuera de la red pagando un costo adicional. A menudo las referencias no son necesarias para visitar los especialistas. A cambio de un acceso mayor a los proveedores, las primas son generalmente más altas en el PPO que en la HMO.

Puntos de Servicios (POS): Un tipo de plan donde los consumidores pagan menos si visitan los doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud que pertenezcan a la red del plan. Con este tipo de plan un consumidor puede ir a un proveedor fuera de la red pagando un costo más alto. Los planes POS también requieren que los consumidores obtengan una referencia de su doctor de cuidado primario para poder visitar un especialista.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO): Un tipo de plan de seguro de salud que generalmente limita la cobertura al cuidado de doctores dentro de la red quienes trabajan bajo contrato con las HMO. Generalmente no cubre el cuidado fuera de la red, excepto en caso de emergencias. Una HMO puede requerir a los consumidores vivir o trabajar en su área de servicio para poder ser elegibles para la cobertura. A cambio del acceso limitado a los proveedores, las primas son más bajas que en cualquier otro tipo de plan.

Plan de Salud de Alto Deducible (HDHP): Un plan que tiene deducibles más altos que los planes de seguros tradicionales a cambio de primas mensuales más bajas. Los HDHP pueden ser combinados con una cuenta de ahorro de salud (HSA, por su sigla en inglés) o una cuenta de gasto flexible (FSA, por su sigla en inglés). El consumidor utiliza el dinero en la HSA como ayuda para cubrir su deducible antes de que el plan de seguro de alto deducible sea efectivo. Los fondos que se aplican a la HSA se pueden transferir de un año para otro, si el consumidor no los gasta. Los fondos de la FSA no se pueden transferir. Cualquier fondo que el consumidor no gaste al final del año no puede ser utilizado para gastos al año siguiente.

Plan de Salud Catastrófica: Es un tipo de plan diseñado para proveer servicios de emergencia y para proteger a los consumidores de costos médicos inesperados, pero tiene límites en las visitas regulares a doctores. La cantidad de la prima mensual que paga el consumidor por el cuidado de salud es generalmente más bajo que otros tipos de planes, pero los costos por los deducibles, los co-pagos y co-seguros son generalmente más altos.

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

9 de 11

Resumen de Beneficios y Cobertura

Las compañías de seguros de salud y los planes de salud grupales (por ej., los planes de salud que proveen los empleadores llamados cobertura a medio del empleo) están obligadas a proveer a los consumidores un resumen, fácil de entender, que explica los beneficios y la cobertura del plan de salud.

Este resumen se llama el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por su sigla en inglés) o, la Explicación de Beneficios (EOB, por su sigla en inglés), y viene acompañado por un glosario de términos como los que usted encontró en este curso. El resumen permite a los consumidores comparar los planes y entender los que ofrece cada uno.

El SBC también incluye detalles, llamados ejemplos de coberturas, que sirven de herramienta de comparación para permitirles a los consumidores ver lo que el plan generalmente cubre en dos situaciones médicas comunes. Los consumidores tienen el derecho de obtener el SBC cuando están comprando u obteniendo la cobertura, o si solicitan una copia a través de su compañía de seguro de salud o el plan de salud grupal.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Graphic -- Alt Text:
Explicación de beneficios

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

Salida

Terminología Común de Seguros de Salud

10 de 11

Evaluación

Juan, un supervisor de construcción de 50 años, es muy particular sobre los doctores que visita para atender un problema de su espalda. Él le pregunta a usted cuáles de los planes le dan la opción de visitar un proveedor fuera de la red y cuáles de los planes le pagarán al menos una porción de los costos del cuidado a la salud. ¿Cuáles de las siguientes respuestas usted le da?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. Organizaciones para Proveedores Preferidos (PPO)
- B. Punto de Servicios (POS)
- C. Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- D. Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)

 Verifique su respuesta

Reajustar



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Seguro de Salud

[Salida](#)

Terminología Común de Seguros de Salud

11 de 11

Puntos Clave

- ▶ Los planes de salud a menudo tienen un contrato con una red de proveedores de atención de salud para la atención de los consumidores. Los planes difieren en función de sus redes de proveedores, cuánto los consumidores son responsables de pagar, y los beneficios que ofrecen.
- ▶ Las compañías de seguros usan los deducibles, copagos, coseguros y para compartir los costos del cuidado de la salud de los consumidores.
- ▶ Los tipos más comunes de los planes de seguros de salud sobre los cuales deben saber los consumidores incluye, las organizaciones de proveedores preferidos (las PPO), los planes de punto de servicio (POS), las organizaciones para el mantenimiento de la salud (las HMO), los planes de salud con deducibles altos (los HDHP), y los planes de salud catastrófico.
- ▶ Un formulario describe la lista de medicinas recetadas cubiertas por los planes de salud e incluye detalles sobre los copagos requeridos para cada tipo de medicina.

Usted ha completado este curso exitosamente.

Haga clic en **Salida** para abandonar el curso y tomar el examen de *Fundamentos Básicos del Seguro de Salud*. Una vez que haya comenzado el examen, usted debe completarlo. Si es necesario detener para volver más adelante, su progreso no se guardará. Usted tendrá que comenzar desde el principio.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)