

Todos podemos necesitar **cobertura de salud** en algún momento. A nadie le gusta enfermarse o lastimarse. Un seguro de salud pagará por los servicios preventivos y una parte del costo cuando usted está enfermo o lesionado; algunas veces puede pagar una gran parte del costo.

CONCEPTOS BÁSICOS

Cobertura de seguro



Cuando compra o se inscribe en un plan de salud, la compañía de seguros acepta pagar los servicios preventivos para ayudarlo a sentirse bien, además de ayudarlo a pagar parte de sus facturas médicas cuando necesita un chequeo de bienestar, cuando se enferma o tiene un accidente. Esto incluye visitas al médico y al hospital, medicinas recetadas, exámenes, atención de maternidad y otros servicios médicos que pueda necesitar. Esto se llama "**cobertura**".

Pagos de prima



Las **primas** son pagos que usted hace cada mes a su compañía de seguros para tener cobertura de salud. El pagar a tiempo le asegura tener cobertura cuando la necesite, ya sea para una enfermedad inesperada o una condición crónica.

¡Podemos
ayudarle!

Nuestros especialistas autorizados en planes de salud le ayudarán a escoger el plan que **mejor se ajuste** a sus **necesidades** y **presupuesto**.

Luego, nos mantendremos en contacto durante el año para ayudarlo a:

- entender qué está cubierto por su plan
- estimar cuáles serán los gastos a su cargo cuando vaya el médico o la farmacia
- aconsejarlo para que reciba el mejor cuidado al menor precio

Puede comunicarse virtualmente con uno de nuestros Centros Florida Blue. Nuestros equipos de especialistas en inscripción, representantes, enfermeras de atención y especialistas de la comunidad están listos para ayudarlo. No olvide: la aplicación móvil de **Florida Blue** le da acceso a toda la información de su plan las **24 horas del día, los 7 días de la semana**, en donde quiera que esté. ¡Así lo tiene todo **a la palma de su mano!**

¿CÓMO FUNCIONA EXACTAMENTE?

Cuando solicita una cobertura y hace el primer pago de la prima mensual, se le emite una póliza de un plan de salud con la fecha en la que empieza su cobertura. Usted paga una cantidad mensual por conservar su plan de salud. Eso se conoce como **prima**. También podría calificar para recibir asistencia financiera del gobierno para pagar parte de su prima mensual.

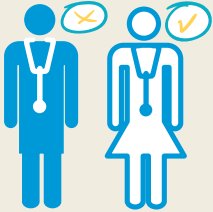
Esta ayuda financiera se llama "crédito tributario para la prima" o **subsidio**. El gobierno le enviará el subsidio directamente a la compañía de seguros. Esto disminuye el costo de su pago mensual. Es posible que tenga que pagar una parte del costo de los servicios médicos. Esto se denomina **costo compartido**.

La mayoría de los planes de salud tienen una red, o una lista de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud de la cual puede elegir. Estos también se conocen como **proveedores de salud dentro de la red**. Podrá ahorrar dinero al máximo si acude a estos proveedores de salud cuando necesite atención. Si visita un proveedor que no pertenece a la red de su plan, puede que tenga que pagar más.

Algunos planes, como la cobertura HMO, sólo cubren servicios de proveedores dentro de la red. Otros planes requieren que utilice proveedores exclusivos (EPO) para ciertos servicios, como medicinas recetadas o equipos médicos. Hay cosas que debe preguntar antes de escoger un nuevo plan.

SU COSTO COMPARTIDO

La ventaja de mantenerse dentro de la red



Algunos servicios médicos cubiertos pueden tener un costo compartido más bajo o de \$0 cuando los recibe a través de proveedores de salud dentro de la red.

Su costo



Otros servicios cubiertos pueden tener un **deducible** que usted paga primero. Después de que haya pagado el deducible, puede pagar una pequeña cantidad por los mismos servicios cubiertos, ya sea el **coseguro** (un porcentaje de su factura) o un **copago** (una tarifa fija). Consulte su plan para ver qué servicios requieren que el deducible se pague primero.

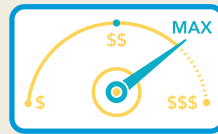
Tarifas fijas



Usted paga

Ciertos servicios médicos cubiertos pueden tener un **copago**, lo que significa que deberá pagar una tarifa fija cada vez que los reciba.

Gastos máximos a su cargo por año



Su plan tendrá un **nivel máximo anual de gastos a su cargo**. Esta es la cantidad máxima que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de su plan de salud. Después de que haya pagado esta cantidad, su seguro paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año.

¿Cómo funciona un copago?

Un **copago** es una tarifa fija que puede pagar por la cobertura de los servicios de salud cuando visita un proveedor de salud dentro de la red. Por ejemplo, si su plan tiene un copago de \$25 para una visita a su médico primario, esa es la tarifa fija que usted pagará en cada visita. Algunos planes pueden requerir que primero alcance su deducible. Puede haber diferentes copagos dependiendo de donde obtuvo la atención médica o el tipo de atención que necesita, pero conocerá el costo inmediatamente.

¿Cómo funciona un deducible?

Un deducible es la cantidad que debe pagar cada año por ciertos servicios de atención médica antes de que su plan de salud empiece a pagar. Después de haber pagado el deducible, usualmente sólo paga un copago (una tarifa fija) o el coseguro (un porcentaje de la factura) por los servicios cubiertos.

La cantidad máxima que su plan paga por un servicio cubierto es la **Cantidad permitida** negociada con proveedores dentro de la red. Esta cantidad generalmente es menor a la tasa normal.

Esto es un ejemplo de como el costo compartido funciona **antes** de que alcance el deducible cuando visita un proveedor de salud **dentro de la red**.

Cargo completo del médico	\$155
Cantidad permitida:	\$95
USTED PAGARÍA:	\$95

Cuenta para su deducible y los gastos máximos a su cargo

¿Cómo funciona el coseguro?

Una vez que **alcanza el deducible**, puede pagar un porcentaje (%) de coseguro para recibir ciertos servicios. El porcentaje que usted paga se basa en la Cantidad permitida negociada con los proveedores dentro de la red. Vea el ejemplo para el 20% a continuación:

Cuenta para el máximo de gastos a su cargo

Cargo completo del médico	\$155
Cantidad permitida:	\$95
USTED PAGARÍA UN 20% de la Cantidad permitida	\$19

*** Información importante:** Los ejemplos antes mencionados asumen que usted visita proveedores dentro de la red. Si su plan tiene beneficios fuera de la red, los proveedores fuera de la red pueden cargar más de la **Cantidad permitida** y facturarle la diferencia.

Cómo le ayuda Florida Blue

Si tiene alguna pregunta, le aconsejamos hacer clic en **Chat Now (Chatear ahora)**, encuentre un [agente local](#) o comuníquese con un [Centro Florida Blue](#).