



Conceptos básicos del seguro médico

¿Está buscando un seguro de salud, pero tienes dudas de por dónde empezar? Esta guía le ayudará a tomar la decisión correcta según sus necesidades de salud y su presupuesto.

Descubra la diferencia de la cooperativa

Hay un plan para todos en Mountain Health Co-Op. Damos la bienvenida a personas, familias y empresas de todos los tamaños.

En la Cooperativa, nuestros miembros tienen voz y ayudan a establecer una dirección al sentarse en nuestra junta directiva.

Descubra hoy mismo la diferencia de la cooperativa.



855-485-7080

Pregunte acerca de nuestros planes u obtenga ayuda para inscribirse



Vea nuestros planes en línea: mountainhealth.coop/plans



Ofrecemos una gama de beneficios exclusivos*, que incluyen:

- Telesalud 24/7
- Cientos de recetas con un gasto de bolsillo de \$0
- Premio de \$100 por examen dental
- Premio de \$60 por examen de la vista
- Una visita de salud mental de \$0
- Atención preventiva cubierta al 100 % (cuando la realiza un proveedor de la red)



Obtenga más información sobre nuestros beneficios exclusivos. Escanee aquí o visite mountainhealth.coop/benefits

*Las ventajas exclusivas solo se incluyen en los planes individuales y grupales. Pueden aplicarse exclusiones.

Términos clave

Prima

Pago mensual para mantener activo su plan.

Copago

Una tarifa fija que usted paga por visitas médicas o recetas médicas.

Atención preventiva

Servicios como chequeos y vacunas, a menudo sin costo de bolsillo.

Inscripción abierta

El período de tiempo que cada año hay para inscribirse en un plan o cambiarlo, que va del 1 de noviembre al 15 de diciembre.

Dentro de la red

Médicos y hospitales que trabajan con su plan, aceptan el monto del reembolso del plan de salud y le protegen de gastos inesperados

Deducible

La cantidad que usted pagará por su atención antes de que su responsabilidad se reduzca por el coseguro compartido con su plan de salud

Coseguro

Porcentaje de costos que paga después de cumplir con su deducible.

Fuera de la red

Médicos y hospitales que no están incluidos en su plan y no están obligados a aceptar el monto del reembolso del plan. Pueden facturarle la diferencia entre su cargo y el monto del reembolso de su plan. Resultando en gastos inesperados por encima de su deducible y máximo de gastos de bolsillo.

Máximo de gastos de bolsillo

El máximo que pagará por su atención en un año calendario cuando la atención incluya servicios cubiertos con proveedores de la red, y no incluya los costos de las primas mensuales.

Para obtener un glosario completo de términos de seguro médico, visite healthcare.gov/glossary/

¿Cuáles son sus necesidades de salud?

Conocer sus necesidades de atención médica es una parte importante de elegir el plan adecuado para usted. Asegúrese de saber...

- ✓ ¿Preferiría primas mensuales más bajas y costos de bolsillo más altos cuando reciba atención médica?
- ✓ ¿Cuál es mi presupuesto para una prima mensual? ¿Cuál es mi presupuesto de lo que puedo pagar por gastos de bolsillo?
- ✓ ¿Estoy anticipando algún cambio en mi empleo, residencia o familia este año que pueda afectar mis gastos o mi plan?
- ✓ ¿Prefiero pagar una prima mensual más alta a cambio de menores costos de bolsillo cuando recibo atención médica?
- ✓ *¿Tengo alguna condición médica o problema de salud que requiera especialistas médicos o medicamentos recetados?

*Si tiene afecciones o inquietudes continuas, consulte la red de proveedores de planes que está considerando. Asegúrese de que sus médicos estén incluidos. También confirme si algún medicamento que tome está cubierto por el listado de medicamentos cubiertos del plan.



Preguntas que debe hacer al comprar un seguro de salud

Elegir el plan adecuado significa saber cuál se adapta a sus necesidades y presupuesto. Haga las siguientes preguntas:

¿Qué cubre el plan?

Verifique si incluye visitas al médico, hospitalizaciones, recetas y atención preventiva. Compare también los beneficios exclusivos que vayan más allá de lo básico.

¿Están mis médicos en la red?

Los proveedores en la red cuestan menos. Confirme que su médico y hospital estén incluidos.

¿Cuál es el máximo de gastos de bolsillo?

El máximo que pagará por su atención en un año calendario cuando la atención incluya servicios cubiertos con proveedores de la red, y no incluya los costos de las primas mensuales.

¿Cuánto voy a pagar?

Mire la prima (costo mensual), el deducible (cantidad que paga antes de que comience la cobertura) y los copagos (tarifas por visitas). Considere el máximo gasto de bolsillo (MOOP) para el plan que elija cada año y decida si puede pagar esta cantidad además de su prima mensual.

¿Reúne los requisitos para un Crédito Fiscal de Prima (PTC*)?

El crédito fiscal de prima es un crédito basado en el ingreso que puede ayudar a reducir lo que paga por su prima mensual.

¿Están cubiertas mis recetas?

Revise el formulario de medicamentos (o la lista de medicamentos cubiertos) para confirmar si el plan tiene una lista de recetas disponibles sin costo.

¿Se ajusta a mis necesidades de salud y presupuesto?

Asegúrese de que el plan cubra la atención para las afecciones que tiene y la frecuencia de la atención que necesita. Si necesita una idea de cuánto podría costar una atención específica, puede consultar el estimador de costos en su sitio web.

*El PTC se basa en los ingresos. Un agente de seguros o una plataforma de seguros en línea (como healthcare.gov) pueden decirle si reúne los requisitos y ayudarle a navegar sus opciones con esta información.

Actualización de su información

Si recibe el crédito fiscal de prima (PTC), es importante que mantenga actualizada su cuenta en el Marketplace. Los cambios en los ingresos, el tamaño de la familia, la cobertura médica o incluso su dirección pueden cambiar la cantidad para la que califica. Informar estos cambios de inmediato le ayuda a obtener los ahorros correctos y a evitar devolver dinero al momento de pagar impuestos.

Niveles de metal

Las opciones individuales y grupales se clasifican generalmente como oro, plata o bronce, con ocasionales opciones platino. Esas clasificaciones indican diferencias en la prima mensual y los gastos de bolsillo.

Si su prima es baja, su deducible puede ser alto. Por el contrario, si su prima es alta, su deducible puede ser bajo. Asegúrese de sopesar esto con sus necesidades de atención médica y presupuesto cuando compre un plan.

Niveles de metal	El plan paga:	Tú pagas:	El deducible es generalmente:
Bronce	60%	40%	Alto
Plata	70%	30%	Moderado
Oro	80%	20%	Bajo
Platino	90%	10%	Bajo

Gráfico cortesía de healthcare.gov

¿Cuándo puedo inscribirme en un plan?

La inscripción abierta es el momento en que cada año puede inscribirse o cambiar su plan de seguro médico.

Si está comprando su propia cobertura, puede inscribirse en un plan para el próximo año entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre.

Algunos cambios en la vida pueden calificarle para un **Período Especial de Inscripción.**

Si recientemente ha tenido un cambio en su estado civil, empleo o residencia, es posible que pueda inscribirse en un plan de salud fuera del período regular de inscripción abierta.

Puede trabajar con un agente, una organización sin fines de lucro imparcial o puede comprar cobertura usted mismo en healthcare.gov durante el período de inscripción abierta o un período de inscripción especial.



Cobertura individual vs. cobertura grupal

Planes individuales

Si usted está buscando y adquiriendo un seguro de salud por su cuenta, está comprando un plan individual. Se puede comprar para usted o para toda su familia. Los planes individuales son excelentes opciones para los trabajadores autónomos o para las personas que no tienen un plan patrocinado por el empleador.

Si está buscando un plan individual, Mountain Health Co-Op ofrece una variedad de planes para elegir. Comience hoy.



855-485-7080

Pregunte acerca de nuestros planes u obtenga ayuda para inscribirse



Vea nuestros planes en línea:
mountainhealth.coop/plans

Planes de grupo

Si se inscribe en un plan de salud ofrecido por su empleador, se trata de un plan grupal. Los planes grupales a menudo tienen opciones limitadas de planes para elegir según el empleador.

Crédito fiscal de prima

Dependiendo de sus ingresos y la información de su hogar, es posible que califique para un crédito fiscal de prima (PTC). El crédito fiscal de prima reduce su prima mensual de seguro médico cuando compra un plan a través del Marketplace (healthcare.gov).

Si trabaja con un agente de seguros, este puede ayudarle a determinar si califica para el PTC e inscribirse en un plan.

Según la cantidad para la que califique, su PTC podría cubrir el costo total de un plan en un nivel de metal o ayudarle a reducir el costo de un plan en otro nivel. Considere su presupuesto, sus necesidades de salud y el monto del crédito al decidir si pagar la prima completa o compartir el costo de un plan diferente.

Para averiguar si reúne los requisitos para el PTC, consulte con un agente o inicie sesión en su cuenta en healthcare.gov.

Cobertura por catástrofe

Los planes de cobertura por catástrofe están diseñados para protegerle de grandes gastos médicos después de accidentes o enfermedades graves. Recibirá atención preventiva gratuita y tres visitas de atención primaria al año, incluso antes de alcanzar su deducible. Pero pagará la mayoría de los demás gastos los pague de su bolsillo hasta que alcance un deducible alto; entonces el plan cubrirá el resto.

Estos planes son principalmente para personas menores de 30 años o para aquellas con una exención por dificultades económicas. Si usted está sano y solo desea cobertura para emergencias graves, esta podría ser una buena opción. Visite yourhealthidaho.org o hable con un agente de seguros para ver si reúne los requisitos.

Medicare & Medicaid: What's the difference?

Medicare

Medicare es una cobertura para personas mayores de 65 años o con ciertas discapacidades, administrada por el gobierno federal. Usted debe calificar para esta cobertura.



Más información sobre Medicare

medicare.gov
888-706-1535

Medicaid

Medicaid es cobertura médica gratuita o de bajo costo para individuos o familias de bajos ingresos. Está financiado por los estados y el gobierno federal, y usted debe calificar a través de su estado para inscribirse en su programa Medicaid.



Departamento de Salud y Bienestar de Idaho

healthandwelfare.idaho.gov
877-456-1233



¿Necesita ayuda para elegir un plan?

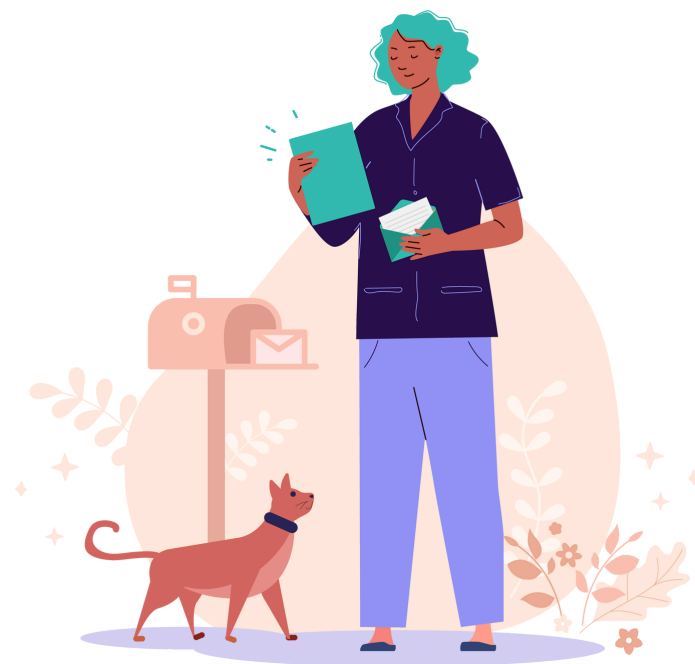
Existen organizaciones sin fines de lucro gratuitas e imparciales que pueden ayudarle a comprender sus opciones. Ellos pueden...

- Guiarle a través de la compra de un plan en el Marketplace federal.
- Ayuda con los programas estatales de seguro médico para niños,
- Guiarle a través de la cobertura de Medicaid.

Su trabajo es apoyarle, no venderle nada.



Your Health Idaho
yourhealthidaho.org
844-682-6837



Hable con un agente de seguros

Los agentes de seguros pueden ayudarle sin cargo. Están disponibles para explicar sus opciones en términos sencillos, comparar planes que se ajusten a sus necesidades y presupuesto, responder preguntas y gestionar el papeleo.

Encontrar el agente de seguros adecuado es importante. Recuerde...

Pida recomendaciones

Consulte con amigos, familiares o su médico para encontrar agentes de confianza.

Busque en línea

Busque agentes autorizados en su área o busque en los sitios web estatales de seguros.

Compruebe credenciales

Asegúrese de que tengan licencia y experiencia con seguros médicos.

Conózcalos

Elija un agente que escuche, explique claramente y entienda sus necesidades.

