

Tabla Para Comparar Planes en el Mercado de Seguros Médicos

Cómo Utilizar la Tabla Para Comparar Planes

La tabla para comparar planes es un instrumento que los ayudantes de inscripción de seguros médicos (es decir, navegadores, ayudantes en persona, consejeros de solicitud certificados) pueden usar para asistir a los consumidores a comparar los planes de salud calificados en el mercado y seleccionar el plan más acorde a sus necesidades.

La tabla ayuda a comparar hasta tres planes de salud calificados en el mercado, uno junto al otro, con respecto a diferentes características. Algunos consumidores podrían ser clientes que ya tienen un plan del mercado y desean ayuda con la renovación; en estos casos, quizá sea útil incluir el plan actual del cliente en la primera columna titulada “Opción 1” para que el cliente pueda comparar las opciones nuevas con las que ya tiene.

Cuando usted y el cliente revisen los planes médicos en cuidadosalud.gov o en otros sitios web, pueden anotar y comparar las características distintas de cada plan de salud, tales como:

- El nombre de la compañía de seguros, el nombre del plan de seguro, la categoría del plan y el tipo de plan (HMO, PPO, POS, etc.).
- La prima (pago) mensual del plan de seguro (después de haberse aplicado el crédito fiscal).
- La cantidad del deducible (que es la cantidad que el consumidor debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura. Después de cumplir con el deducible, el consumidor sólo tendrá que pagar el copago o coaseguro). El plan puede tener valores separados para un deducible para atención médica y otro deducible para medicamentos, o un deducible combinado. Si se trata de un plan familiar, usted puede indicar si es un deducible agregado o integrado.
- El límite de gastos de su bolsillo (la cantidad máxima que el consumidor tiene la obligación de pagar en los gastos médicos dentro de la red en un año—una vez que el consumidor llegue a dicha cantidad, el plan pagará los demás gastos dentro de la red por el resto del año).
- Las cantidades de los copagos y del coaseguro para los servicios que se utilizan comúnmente, tales como visitas al proveedor de cuidados primarios, especialistas, sala de emergencias, hospitalización, así como para medicamentos recetados genéricos, de marca preferidos, de marca no preferidos o medicamentos especializados. Asegúrese de indicar si el deducible aplica a dicho servicio mediante el uso de la casilla correspondiente. (Si el plan cubre a proveedores que no están en la red, usted puede indicar el copago/coaseguro fuera de la red en el mismo provisto.)
- La información sobre copagos/coaseguros de hasta tres beneficios o servicios más basados en los intereses del consumidor y sus necesidades médicas en los renglones titulados “Otro servicio”.
- Si el médico (o médicos), el hospital preferido o red hospitalaria actuales del consumidor se encuentran en la red del plan.
- Si los medicamentos recetados que el consumidor necesita están cubiertos por el plan y bajo qué categoría de medicamento aparecen listados (genérico, de marca preferidos, de marca no preferidos o especializado).
- Otras consideraciones: cualquier otra consideración que sea importante para el consumidor tal como si cada plan incluye o no la cobertura de atención dental para niños o los servicios de un quiropráctico, o bien, cuántos de los proveedores dentro de la red que se encuentran cerca del código postal del consumidor hablan el idioma de preferencia del consumidor, o cuál es el límite de visitas permitidas para la fisioterapia.

Tabla Para Comparar Planes en el Mercado de Seguros Médicos

Nombre del solicitante:		Crédito fiscal (mensual):		Fecha:		
# de personas en el plan:		¿Elegible para la reducción de costos médicos?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 73% AV	<input type="checkbox"/> 87% AV <input type="checkbox"/> 94% AV
Opción 1 (o Plan Actual)		Opción 2		Opción 3		
Nombre de la compañía de seguros						
Nombre del plan de salud						
Categoría del plan (Bronce, Plata, Oro, Platino)						
Tipo de plan (HMO, PPO, POS, EPO, o otro)						
Prima mensual (después del crédito fiscal)						
Deducible (para atención médica/medicamentos o la combinación de ambos)						
Límite de gastos de su bolsillo (OOP Max)						
<i>FUERA DE RED DEDUCIBLE / OOP MAX</i>						
COPAGOS/COASEGUROS	CANTIDAD		CANTIDAD		CANTIDAD	
	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
Visita al proveedor de cuidados primarios (PCP) (doctor de cabecera)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Visita a un especialista						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Medicamentos genéricos (Tier 1)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Med. de marca preferidos (Tier 2)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Med. de marca no preferidos (Tier 3)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Medicamentos especializados (Tier 4)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Visita a la sala de emergencia (ER)						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						
Hospitalización						
<i>FUERA DE RED (SI APLICABLE)</i>						

Tabla Para Comparar Planes en el Mercado de Seguros Médicos

Nombre del solicitante: Crédito fiscal (mensual): Fecha:
 # de personas en el plan: ¿Elegible para la reducción de costos médicos? No 73% AV 87% AV 94% AV

	Opción 1 (o Plan Actual)		Opción 2		Opción 3	
--	--------------------------	--	----------	--	----------	--

	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	ANTES DE DEDUCIBLE	DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
--	--------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Otro servicio:						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Otro servicio:						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Otro servicio:						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Otro servicio:						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	¿EN LA RED/CUBIERTO?		¿EN LA RED/CUBIERTO?		¿EN LA RED/CUBIERTO?	
------------------------------	----------------------	--	----------------------	--	----------------------	--

Médico/proveedor actual:						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

Otro proveedor u hospital:						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Medicamentos recetados actuales:						
---	--	--	--	--	--	--

Otro medicamentos recetados:						
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

OTRAS CONSIDERACIONES						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Otra consideración:						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Otra consideración:						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Otra consideración:						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Otra detalles digno de mención:						
--	--	--	--	--	--	--