



Diez mitos acerca de seguro de salud

1

Todo el cuidado preventivo está cubierto al 100 por ciento bajo las nuevas leyes de cuidado de la salud.

Solo cierto cuidado preventivo está cubierto al 100 por ciento. Mientras que la mayoría de los planes ofrecen algún nivel de cobertura para el cuidado preventivo bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, solo algunos cuidados son cubiertos sin ningún costo. Para más información sobre lo que está totalmente cubierto, visite www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits.

2

Puedo visitar a cualquier doctor que yo quiera y mi seguro médico lo cubrirá.

Tiene que asegurarse primero. La mayoría de los planes tienen una red de proveedores preferidos, y si no visita uno de esos proveedores, es posible que su seguro no cubra la visita. Su compañía de seguro médico le puede decir cuales doctores están en su red y si necesita ser referido para visitar a un especialista o a algún doctor fuera de su red. Recuerde, proveedores fuera de la red le pueden cobrar a usted por costos que su seguro médico no cubrió.

3

Todas mis prescripciones están cubiertas bajo el mismo copago.

No necesariamente. Los medicamentos de marca muchas veces son más caros que los medicamentos genéricos. Usted puede terminar pagando más de su copago normal, o puede ser que el medicamento no esté cubierto. Asegúrese de consultar con su compañía de seguros.

4

Puedo ir al hospital a recibir atención médica, y mi seguro médico pagará

Igual que las redes de proveedores médicos preferidos, su compañía de seguro médico tiene una red de hospitales preferidos. Si va a un hospital fuera de su red, no solo tendrá costos más altos, pero también puede ser que esté obligado a pagar por cualquier costo que su seguro médico no cubra.

5

Si mi proveedor médico trabaja en un hospital dentro de la red de mi seguro médico, es considerado parte de esa red.

No necesariamente. Puede ser que algunos proveedores médicos que lo atienden en un hospital no sean empleados de ese hospital, y cobran por separado por los servicios que ellos proveen. Esto es especialmente cierto para los anestesiólogos. Verifique con su compañía de seguro médico que su proveedor es parte de la red antes de recibir servicios médicos.

6

Mi plan de seguro médico me cubre si me lesiono en un accidente automovilístico.

Su seguro de auto pagará hasta una cierta cantidad por cuidado médico necesario y razonable relacionado con el accidente, dependiendo en su póliza. Esto se llama Protección de Lesiones Personales. En Oregon, el nivel mínimo de cobertura es \$15,000 (pero usted puede comprar más). Cuando estos beneficios se agoten su seguro médico empezará a cubrir los costos.

7

Mi seguro de salud tiene que cubrir el servicio o tratamiento si mi doctor dice que es necesario.

No siempre. Los planes de salud pueden imponer criterio médico para determinar si un servicio o tratamiento es necesario. Sin embargo, si su reclamo es rechazado, tiene derecho a presentar una apelación.

8

Si tengo un bebé, o si adopto, tengo que esperar hasta la inscripción abierta para agregar al nuevo miembro de mi familia a mi plan de salud.

No tiene que esperar hasta la inscripción abierta para agregar al nuevo miembro de su familia a su plan de salud. La mayoría de los planes automáticamente proveen cobertura para los bebés recién nacidos por los primeros 31 días, pero debe inscribir a su bebé dentro de ese tiempo y pagar los costos adicionales o no habrá cobertura retroactiva o continua.

9

Tan pronto como me inscriba para seguro de salud, la compañía de seguros pagará el 100 por ciento de mis gastos por cuidado de salud.

Los planes tienen diferentes copagos, deducibles y una máxima cantidad anual de costos de su bolsillo. Generalmente, usted tiene que cubrir algunos costos hasta alcanzar el deducible de su plan. Después de eso todavía es posible que tenga algunos costos compartidos hasta que alcance la máxima cantidad de costos de su propio bolsillo. Después de todo eso, su seguro cubrirá el 100 por ciento de los servicios cubiertos. Lo cierto es que dependiendo de su plan usted podría estar requerido a pagar miles de dólares de su bolsillo antes de que su seguro cubra sus gastos médicos en su totalidad.

10

Si trabajo o vivo en Oregon mi plan de seguro médico está regulado por las leyes de Oregon y el comisionado de seguros de Oregon.

Depende. El estado de Oregon regula planes de individuales o de familia que se compraron dentro del estado. El estado de Oregon también regula la mayoría de los planes de grupo para pequeños empleadores (de 1-50 empleados bajo la ley actual) aunque es posible participar en planes para grupos pequeños comprados en otro estado. Es posible que los planes de empleadores más grandes no estén bajo la jurisdicción del estado. Muchos empleadores eligen pagar ellos mismos por los planes, y eso los pone bajo la jurisdicción del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. El Estado de Oregon también regula las tarifas en mercados individuales y para pequeños empleadores.

Para más información, póngase en contacto con la
División de Regulación Financiera de Oregon
Llame gratis al 888-877-4894 o visite dfr.oregon.gov

