



**CONOCE TUS DERECHOS Y ENTIENDE EL
SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS**



**LATINO
COMMUNITY
FUND GEORGIA**

PRIMER LIBRO

- 1 Introducción (Health Empowerment)
- 7 Qué hacer en casos de cuidado de urgencia o una emergencia médica
- 8 Comunicación con un Proveedor Médico
- 9 La Confidencialidad
- 9 Cuidado de Fin de Vida
- 10 Tipos de Seguro e Inscripción de Seguros
- 12 Seguro Privado
- 13 Aspectos a considerar antes de seleccionar el seguro de salud
- 13 Período de inscripción abierta de Affordable Care Action
- 13 Periodo electoral anual
- 13 Opciones si se pierde el período de inscripción
- 14 Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio - Affordable Care Act (Obamacare)
- 14 La Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA por sus siglas en inglés)
- 15 Vocabulario común del seguro de salud
- 17 Seguro médico para los que no tienen estatus legal
- 17 Cosas importantes para tomar en cuenta sobre el estado y el seguro médico
- 18 Atención médica para los no asegurados
- 20 Negociación de los costos médicos

Bienvenido

INTRODUCCIÓN (HEALTH EMPOWERMENT)

Este panfleto ha sido una colaboración de Latino Community Fund de Georgia...
En este panfleto encontrará una guía en temas de salud.



Esperamos que le sea útil
pudiendo aclarar sus dudas
en temas de salud, prevención
de enfermedades



y cómo navegar en el
sistema de Salud de
Estados Unidos.



Sin duda, esta guía le será
de mucha utilidad para
mantenerse saludable y para
su beneficio y el de su familia.

EL CONOCIMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La Atención Médica en los Estados Unidos es amplia, complicada, y consta de muchos factores diferentes. Discutiremos la atención médica, lo que es público versus privado, cómo manejarse en la búsqueda de un seguro de salud, cuáles recursos están disponibles, entre otros temas importantes. Además, debido a la complejidad, cada Estado varía en cuáles recursos proveen, y esto puede ser que varíe condado por condado. Es de suma importancia tener el conocimiento básico de la infraestructura del Sistema de Salud y cómo acceder a los diferentes recursos, al igual que cada persona sin importar su estatus migratorio conozca sus derechos de salud y así mantenerse saludable.

LOS DIFERENTES TIPOS DE PROVEEDORES DE SERVICIOS:¹²³

Hay numerosos tipos de proveedores de servicios y diferentes especialistas para cada enfermedad o parte del cuerpo. Aquí podremos encontrar un listado de médicos primarios y especialistas y una descripción breve de cada uno. Por favor, tenga en cuenta que cada profesional médico tiene su propio conjunto de experiencia y responsabilidades. Por eso, ellos no deben proveer guía con relación a asuntos que están afuera de sus profesiones (ej. un dentista no debe proveer guía médica sobre prescripciones médicas para la presión sanguínea)

- 1** Médico Familiar – Son los profesionales médicos quienes proveen diagnósticos y tratamiento general (sin cirugía) para una amplia variedad de enfermedades comunes, como catarros o alergias nasales. Generalmente es el médico que te puede referir a un especialista. Médicos familiares típicamente mantienen conexiones regulares y por tiempo con sus pacientes y puede incluir los mismos miembros de la familia. Por eso, una relación entre pacientes y esos doctores puede ser larga y de confianza.

¹ <https://www.topmedicalassistantschools.com/top-50-health-care-jobs/>

² <https://www.webmd.com/health-insurance/insurance-doctor-types>

³ <https://data.bls.gov/search/query/results?cx=013738036195919377644%3A6ih0hfrgl50&q=dermatologist>

- 2** **Obstetras y Ginecólogos** – Son los doctores que se especializan en la salud de la mujer, como el embarazo y el parto. Realizan exámenes de rutina como el frotis cervical, los chequeos durante el embarazo, y exámenes pélvicos.
- 3** **El/La Enfermero/a Calificado/a** – ellos/ellas/elles realizan muchos de los mismos trabajos de un médico, tal como diagnósticos para un paciente o dando prescripciones de medicación. Se requiere estar un/a enfermero/a registrado con una educación especializada de posgrado.
- 4** **El Asistente Médico** – Ellos practican medicina bajo la supervisión de un médico o cirujano. También reciben capacitaciones para diagnosticar las heridas o enfermedades, examinar paciente y proveer tratamiento.
- 5** **Parteras Enfermeras Certificadas** – ellos/ellas/elles funcionan como un proveedor de atención primaria para suministrar varios servicios a las mujeres como planificación familiar, exámenes ginecológicos, y atención prenatal. También asisten en el parto, manejan emergencias durante el parto, y a veces proveen asistencia a los médicos durante los partos por cesárea, y reparan laceraciones. Además, participan en la educación sexual y bienestar a las parejas de pacientes para enseñar la salud sexual y reproductiva, y pueden conversar con las pacientes diferentes opciones de estilo de vida saludable (ejemplo: nutrición o prevención de las enfermedades).
- 6** **El/La Farmaceuta/o** – es un profesional de salud que se encarga de la preparación de prescripciones o recetas de medicina. Además, orientan a los pacientes en el uso de sus medicamentos.
- 7** **El/La Dentista** – ellos/ellas/elles realizan diagnósticos, tratamiento y prevención de las enfermedades en la boca de un paciente, especialmente de los dientes y las encías. Algunos de los tratamientos incluyen la eliminación de los dientes o llenando una cavidad para que una condición oral no empeore.
- 8** **Un/a Oftalmólogo** – un médico que examina la salud de los ojos y visión de un paciente. Ellos prescriben lentes correctivos (o lentes de contacto) a los pacientes que tienen algún problema de visión. También tratan varias condiciones de los ojos y a veces realizan cirugías pequeñas como la cirugía ocular láser.
- 9** **El/La Pediatra** – ellos/ellas/elles se especializan en diagnósticos médicos en bebés, niños, adolescentes y aun los jóvenes adultos. Administran las vacunas, tratan las enfermedades comunes y las enfermedades infecciosas, y tratan lesiones menores.
- 10** **El/La Neurólogo/a** - Llevan a cabo los diagnósticos y tratamiento a los trastornos del cerebro y del sistema nervioso, tal como alzhéimer o la epilepsia, entre otras condiciones neurológicas.

- 11** El/La Fisioterapeuta – tienen la capacidad de ayudar a los pacientes con el uso de terapias y equipo especializado para ayudar a resolver problemas o condiciones de los músculos en el cuerpo y restablecer la fuerza en las áreas débiles debido a heridas o enfermedad. Por ejemplo, si un jugador se lesiona durante su deporte o si alguien experimenta un accidente de auto, un/a fisioterapeuta puede asistir al paciente a través de la recuperación física.
- 12** El/La Terapeuta Ocupacional – utilizan actividades diarias para ayudar a los pacientes con la recuperación de varias heridas y discapacidades. Ellos guían a los pacientes a través de movimientos comunes que pueden facilitar la curación y restablecer la fuerza del cuerpo en un periodo de tiempo más corto.
- 13** El/La Dermatólogo/a – se enfocan en los asuntos que se asocian con el pelo, las uñas y la piel. Por ejemplo, abordan los problemas relacionados con las lunares, el acné, las cicatrices o las alergias de la piel. Pueden llevar a cabo cirugías pequeñas para quitar ciertas áreas de la piel que son preocupantes.
- 14** El/La Cirujano/a – Un médico con capacitaciones extensivas quien lleva a cabo cirugías en pacientes para mejorar su condición médica. Los cirujanos se especializan en diferentes tipos de cirugía como reconstructiva, cirugía oral, entre otras.
- 15** El/La Alergista o Inmunólogo/a – A veces hay gente que tiene los asuntos relacionados con los trastornos autoinmunitario; más específico cuando el sistema inmune en el cuerpo no funciona correctamente y así que se hace daño indirectamente al mismo cuerpo. Diferentes tipos de trastornos autoinmunes incluyen el asma, las alergias de comida, las alergias a las picaduras de abejas, eczema, alergias al polen, entre otras. Esos médicos se dedican a los asuntos relacionados con las disfunciones del sistema inmune y proveen terapias para tratar o mitigar dichos problemas.
- 16** El/La Cardiólogo/a – Esos médicos hacen diagnósticos y tratan las condiciones médicas relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos. Típicamente trabajan con problemas como la insuficiencia o ataques cardíacos, alta presión de sangre y más. Existen también, los cardiólogos pediátricos, trabajan específicamente con niños que nacieron con una enfermedad del corazón.
- 17** El/La Psiquiatra – Son médicos quienes tienen la experiencia para evaluar, tratar, prevenir trastornos mentales, emocionales y adicciones. A veces pueden funcionar como terapeutas y proveer terapia a los pacientes que están enfrentando algún desafío de salud mental. Mayormente, trabajan junto con otros especialistas de la salud mental como psicólogo/a, consejeros o terapeutas para diagnosticar y estabilizar al paciente.

DESCRIPCIÓN DE DIFERENTES COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD⁴

MÉDICO FAMILIAR VERSUS ESPECIALISTA

Típicamente los pacientes tendrán un médico familiar a quien visitarán cuando se sientan mal o presenten algún síntoma. Los médicos de familia realizarán los análisis y exámenes generales, de encontrar alguna afección específica entonces, referirá a un especialista quien tiene más experiencia y conocimiento de dicho asunto.

VISITANDO A UN ESPECIALISTA



Hay especialistas para diferentes enfermedades o trastornos. Esos profesionales tienen una comprensión mucho más profunda de las enfermedades o condiciones que un paciente se podría estar enfrentando. Les pueden dar una guía detallada de cómo manejar su condición de salud.



A pesar de que no es requerido, aún es muy recomendado que un paciente reciba un referido de su médico general para ir a un especialista.

IMPORTANTE



Cuando un especialista aconseja a un paciente que debería recibir un procedimiento quirúrgico, la mayoría de las compañías de seguros dan permiso a los pacientes para buscar una segunda opinión.



En general, cuando tiene preguntas o dudas sobre un procedimiento recomendado, es su derecho pedir una segunda opinión

Su médico generalista puede pedir un segundo referido por usted.

⁴https://www.un.org/insurance/sites/www.un.org.insurance/files/MSD_Navigating%20the%20healthcare%20system%20in%20the%20USA%20Aug%202014.pdf

QUÉ HACER EN CASOS DE CUIDADO DE URGENCIA O UNA EMERGENCIA MÉDICA

LLAMAR A LAS OFICINAS DE SU MÉDICO GENERALISTA

Algunos de los médicos generales tienen cobertura telefónica fuera de horario. Si contestan, le proveerán guía para donde ir en casos de emergencia.

LAS CLÍNICAS DE URGENCIAS O CENTRO DE ASISTENCIA

Se puede diagnosticar y tratar una gran variedad de emergencias médicas.

CENTROS DE EMERGENCIA

Importante – los pacientes más enfermos tienen prioridad.

Por lo tanto, si su problema médico no se considera grave, entonces es muy posible que su tiempo de espera sea mayor.

Debería usar los centros de emergencia como el último recurso.

Entienda que una visita al centro de emergencia costará más que buscar atención a otro tipo de centro médico.

Si es posible, comuníquese con su médico generalista antes de irse.

Si esos médicos piensan que usted debe ir al centro de emergencia, entonces ellos pueden avisar al Centro de Emergencia antes de su llegada para que se pueda ofrecer prioridad.

HOSPITALIZACIÓN

- La hospitalización de pacientes ha cambiado a ser más limitada con los años en EE.UU. y ahora mayormente se pasa solamente para los casos más severos.

- El tiempo de estadía en el hospital se ha reducido para que los pacientes regresen a su casa o a un centro de rehabilitación porque se ha demostrado tener los mejores beneficios de recuperación.

- Importante – Reembolso para los gastos del hospital.

Si usted está dentro en un plan de red de seguro, entonces los gastos se deben cubrir por 100%.




Si usted lo llevan al hospital debido a una emergencia aun estando fuera de su red de seguro, la mayoría de planes médicos deben cubrir los gastos (pero no es 100% garantizado).

¡Por eso es importante, familiarizarse muy bien con su red de proveedores (plan de seguro médico)!

COMUNICACIÓN CON UN PROVEEDOR MÉDICO

⁵La comunicación entre el paciente y su médico se ha vuelto de creciente interés en los Estados Unidos. El objetivo es asegurarse de que los pacientes estén más informados y activos en sus decisiones y actividades de salud. Este es un gran primer paso, sin embargo, no todos los médicos son proactivos con la comunicación. Los siguientes son puntos importantes que los pacientes pueden seguir para asegurarse de que estén informados.


CUANDO VISITE A UN MÉDICO, HAGA PREGUNTAS.

-  Investigue un poco antes de una visita y consulte con el médico sobre la información que encontró.
-  Si no entiende los términos médicos, pida aclaraciones.
-  Si el médico ordena una prueba y no entiende por qué y el objetivo de dicha prueba, pida una explicación.

Si lo están refiriendo a un especialista, pregúntele al médico primario que le explique por qué

-  Lleve todos los documentos e informes pertinentes a la visita del especialista


Solo los intérpretes médicos con licencia/certificación deberían traducir información médica. Tener traductores no certificados puede dar lugar a errores.


-  Lleve a un familiar o amigo a una visita. Alguien puede acompañarlo a una visita para ayudar a absorber información. También pueden ayudar con las traducciones para las instrucciones si es necesario

⁵ https://www.un.org/insurance/sites/www.un.org.insurance/files/MSD_Navigating%20the%20healthcare%20system%20in%20the%20USA%20Aug%202014.pdf

LA CONFIDENCIALIDAD

Los pacientes en los EE.UU. tienen derecho a decidir quién tiene acceso a su información médica

 Para que su información médica sea enviada a otro médico, abogado o compañía de seguros, usted tiene que proporcionar permiso por escrito.


 Para que los miembros de la familia, incluidos los cónyuges, reciban detalles sobre su condición médica, usted tiene que proporcionar consentimiento verbal.


Las personas con 18 años o mayores de 18 años tienen automáticamente este nivel de confidencialidad, con algunas excepciones


Por ejemplo: en casos de la planificación familiar y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), un adolescente menor de 18 años puede solicitar confidencialidad.

CUIDADO DE FIN DE VIDA

Todo paciente tiene derecho a tomar decisiones con respecto a su “atención al final de la vida” y estas decisiones se llaman “directivas anticipadas” que incluyen:

 El testamento vital – documento que indicará los tipos de tratamientos médicos y medidas de sostenimiento de la vida que usted está dispuesto a tomar. Por ejemplo, si necesita una sonda de alimentación o un dispositivo de respiración mecánico en un estado de emergencia. También puede declarar QUE NO desea estas medidas. En algunos estados, el testamento vital también se conoce como declaraciones médicas o directivas.

 Poder Legal de Cuidado Médico o de Salud (POA en inglés) – este documento legal designa a un individuo para tomar decisiones médicas en su nombre en caso de que usted esté incapacitado. Esta persona se conoce como su agente de atención médica o apoderado.

 No Resucitar (DNR en inglés) – esta es una orden para no dar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si su corazón se detiene o si usted deja de respirar. La gente elige escoger no resucitar con frecuencia porque no quieren terminar en una sonda de alimentación o una sonda respiratoria por una cantidad indefinida de tiempo.

TIPOS DE SEGURO E INSCRIPCIÓN DE SEGUROS

Los EE.UU no tiene una atención médica universal. En cambio, hay opciones para el seguro médico público y privado⁶. En 2017, el 27.5% de los adultos Latinos de 18 a 64 años no estaban asegurados en los EE.UU⁷.

SEGURO PÚBLICO FINANCIADO A NIVEL NACIONAL⁸








MEDICARE

Es un programa gubernamental financiado federalmente para personas mayores de 65 años, personas con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD en inglés). Medicare tiene diferentes partes que cubrirán diferentes servicios de atención médica. Estas partes incluyen el Medicare original (partes A y B), Medicare Advantage (parte C) y la cobertura de medicamentos de Medicare (parte D).

MEDICAID

Fue creado en 1965 y actualmente es financiado por el gobierno federal y los estados. Este programa del gobierno proporciona seguro de salud a familias de bajos ingresos e individuos, incluyendo niños, padres, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades. Es importante entender que la cobertura de medicaid variará de un estado al otro. El gobierno federal proporciona las pautas de medicaid y cada estado tiene la flexibilidad para administrar su propio programa de medicaid.

En Georgia, usted puede ser elegible para Medicaid si:

-  Usted está embarazada
-  Usted es un niño / adolescente
-  Usted tiene 65 años o más
-  Está legalmente ciego
-  Tiene una discapacidad
-  Necesita cuidado en el hogar de ancianos
-  Usted es ciudadano estadounidense

⁶ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>

⁷ <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus18.pdf>

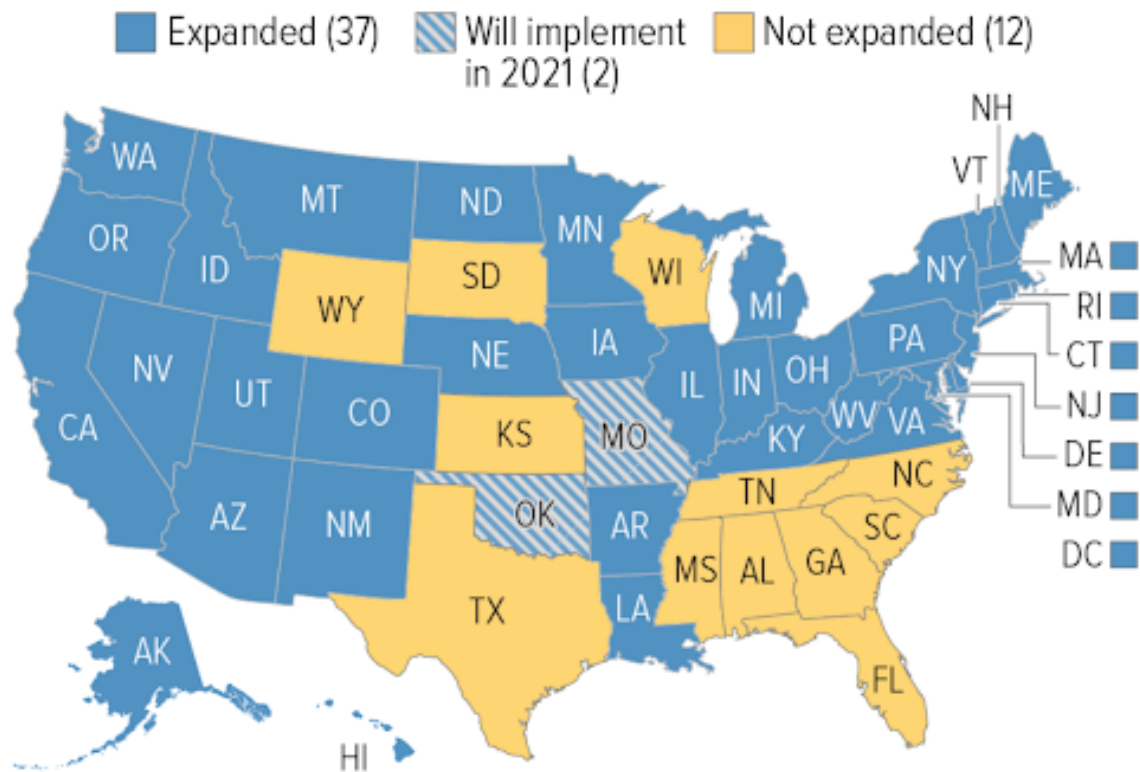
⁸ <https://www.cbpp.org/research/health/introduction-to-medicaid>

USTED PUEDE SOLICITAR MEDICAID DE GEORGIA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- ✿ En línea en <https://gateway.ga.gov>
- 📍 En persona en la oficina local de condado, de DFCS
- 📞 Solicite una aplicación llamando al 877-423-4764
- 👥 O buscando una organización local que ayude a seguir los pasos de la solicitud

Bajo el programa "Affordable Care Act" (ACA en inglés), la ley del cuidado de salud a bajo precio, los estados tienen la opción de expandir su cobertura a adultos de bajos ingresos menores del 138 por ciento de la línea federal de pobreza.

Status of State Medicaid Expansion in 2021



CENTER ON BUDGET AND POLICY PRIORITIES | CBPP.ORG

PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP EN INGLÉS)⁹

Este programa es financiado federalmente y proporciona seguro médico a niños, hasta 19 años, en familias que ganan demasiado para calificar para Medicaid. En algunos estados, el programa también proporciona seguro de salud para las mujeres embarazadas. Al igual que Medicaid, cada estado tiene flexibilidad para administrar su programa en criterios de calificación y cobertura. Esto significa que el programa variará de un estado a otro.

SEGURO PRIVADO^{10 11}

Seguro de salud patrocinado por el empleador (planes de grupo) – Este tipo de seguro de salud se basa en el empleo. El empleador negociará con compañías privadas de seguros de salud para elegir la cobertura del plan. Luego ofrecen paquetes de seguro médicos a los empleados elegibles y a sus dependientes.

VENTAJAS:

- ✓ El costo de las primas de seguro médico se divide entre el empleador y el empleado
- ✓ Los empleadores usan su tiempo para investigar diferentes compañías de seguros y eligen opciones de plan
- ✓ Las primas que su empleador está pagando no están sujetas a impuestos federales

SEGURO MÉDICO INDIVIDUAL

Este tipo de seguro médico es adquirido por el individuo que busca seguro médico. Si está interesado, también hay corredores de seguros para ayudar a revisar diferentes planes de costo, pero usted pagará una cuota por su servicio.

VENTAJAS:




- ✓ Flexibilidad para elegir la compañía de seguros y el plan con opciones que se ajusten mejor a las necesidades específicas de usted y su familia.
- ✓ Puede elegir un plan que incluya a los médicos y hospitales que visita.
- ✓ Durante el período de inscripción abierta anual, la póliza de seguro puede renovarse o cambiarse.
- ✓ Dado que no está patrocinada por un empleador, cambiar o perder su trabajo no resultará en la pérdida del seguro médico.
- ✓ Es posible que tenga derecho a recibir subsidios del gobierno federal para pagar el seguro médico.

⁹ <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>

¹⁰ https://www.un.org/insurance/sites/www.un.org.insurance/files/MSD_Navigating%20the%20healthcare%20system%20in%20the%20USA%20Aug%202014.pdf

¹¹ <https://www.medmutual.com/For-Individuals-and-Families/Health-Insurance-Education/Health-Insurance-Basics/Employer-vs-Individual-Health-Insurance.aspx#:~:text=Employer%2Dspored%20health%20insurance%20is,of%20your%20premium%20with%20you.>

ASPECTOS A CONSIDERAR ANTES DE SELECCIONAR EL SEGURO DE SALUD^{12 13}

-  Sus necesidades de salud y las de su familia
-  Costo de deducibles, copagos, tarifas mensuales y alcance de la cobertura
-  Posibilidad de accidentes o diagnóstico repentino de enfermedad grave

¿DÓNDE PUEDO CONTRATAR UN SEGURO MÉDICO?

Eso depende de cual tipo de seguro quieres obtener. Algunos seguros solo se pueden contratar en determinados tiempos, y otros se pueden contar en cualquier tiempo del año.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DE AFFORDABLE CARE ACTION

Este es un período anual cuando las personas pueden comparar e inscribirse en los planes de seguro médico en HealthCare.gov. Solo los planes de seguro que cumplen con las normas de ACA están permitidos en el mercado de ACA. Las fechas del período de inscripción dependerá de su estado.

PERIODO ELECTORAL ANUAL

Este es un período anual en el que los afiliados de Medicare pueden hacer cambios en su cobertura. Este período comienza el 15 de octubre y termina el 7 de diciembre. Los cambios entraron en vigor el 1 de enero del próximo año.

OPCIONES SI SE PIERDE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN:

- 1** Usted puede seguir aplicando si tiene un evento de vida calificado que incluye la pérdida de cobertura a través del empleador, cambios importantes en la familia (casado, divorciado, adopción de un niño, muerte en la familia), cambio de ciudadanía, o cambio de dirección.
- 2** Puede obtener un plan de seguro a corto plazo

Nota: Los planes de seguro a corto plazo no cumplen con los requisitos de ACA. A menudo son baratos, pero ofrecen una cobertura limitada.

¹² https://www.un.org/insurance/sites/www.un.org/insurance/-files/MSD_Navigating%20the%20healthcare%20system%20in%20the%20USA%20Aug%202014.pdf

¹³ <https://www.healthcare.gov/glossary/open-enrollment-period/>

PLANES DE SEGURO ABIERTOS PARA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIER TIEMPO DEL AÑO:



Medicaid



CHIP



Short term plans



Seguro dental y de visión

La inscripción para el seguro basado en el empleo tendrá diferentes períodos de inscripción. Los empleadores tendrán que proporcionar más información sobre el período de inscripción.

AFFORDABLE CARE ACT (OBAMACARE)^{14 15}

El Affordable Care Act, también conocida como "Obamacare", se aprobó en marzo de 2010 con el objetivo de hacer que el seguro médico sea más asequible y más accesible para todos. Los cambios significativos creados por Obamacare incluyen:

- ✓ Los padres pueden agregar a sus hijos adultos, hasta los 26 años de edad, a sus planes.
- ✓ Si alguien se enferma, la compañía de seguros no puede negarse a dejarle de su plan o limitar la cantidad de seguro que se usa como antes de ACA.
- ✓ Si alguien tiene una enfermedad crónica, las nuevas compañías de seguros no pueden negar la cobertura.
- ✓ Los exámenes de salud y embarazo son gratuitos, sin copagos.
- ✓ Las compañías de seguros no pueden subir pagos de primas sin recibir la aprobación de los gobiernos estatales.

The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)¹⁶

Esta ley federal fue aprobada por primera vez en 1986 y extiende la cobertura basada en empleadores por un tiempo limitado después de que alguien deja su trabajo o pierde cobertura.

- ✓ El seguro de salud basado en el empleo puede continuar durante 18 meses después de la pérdida de trabajo.
- ✓ Puede continuar hasta 29 meses para los individuos que son declarados discapacitados.
- ✓ Usted debe pagar la totalidad prima.
- ✓ COBRA no es afectado por ACA.

¹⁴ <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>

¹⁵ <https://www.thebalance.com/obamacare-explained-3306058>

¹⁶ <https://www.dol.gov/general/topic/health-plans/cobra>

VOCABULARIO COMÚN DEL SEGURO DE SALUD^{17 18}

<p>BENEFICIOS</p> <p>Servicios disponibles debido a las primas mensuales que paga a la compañía de seguros.</p>	<p>COPAGO</p> <p>La tarifa fija establecida por su compañía de seguros que usted paga cada vez que utiliza un servicio. Por lo general, aparece en la tarjeta de seguro. Normalmente, los copagos serán más bajos para los médicos de atención primaria que para un especialista.</p>
<p>COSEGURO</p> <p>La parte de la factura médica que usted paga por los servicios después de que se cumpla el deducible.</p>	<p>DEDUCIBLE</p> <p>La cantidad total que usted tiene que pagar por la atención médica antes de que el seguro comience a pagar. La cantidad dependerá del plan de seguro y del proveedor de seguro. Los deducibles son principalmente para servicios fuera de la red y es importante mantener un registro de todos los gastos que van hacia el deducible. Siempre haga reclamos con la compañía de seguros para que los costos puedan contar hacia el deducible.</p>
<p>ASEGURADO</p> <p>Esto se refiere a usted o a cualquier dependiente elegible que esté cubierto por la póliza de seguro médico.</p>	<p>ASEGURADORA</p> <p>La empresa que está asumiendo el riesgo y a quién usted está realizando pagos mensuales.</p>
<p>COSTOS DE SU BOLSILLO</p> <p>Esto se refiere a los gastos médicos que usted está pagando por su cuenta que no están cubiertos por el seguro.</p>	<p>PREMIUM</p> <p>Un pago mensual que usted paga a la compañía de seguros.</p>

¹⁷ <https://www.mhsindiana.com/newsroom/uhi.html>

¹⁸ <https://www.healthcare.gov/glossary/health-savings-account-hsa/>

DENTRO DE LA RED

Se refiere a médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias y otros proveedores de salud que han negociado con la compañía de seguros y acordado una tasa de pago. Con un servicio dentro de la red, después de pagar el copago, usted no debe pagar ningún gasto adicional de su bolsillo porque el seguro debe cubrir todos los servicios.

FUERA DE LA RED

Esto se refiere a médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, y otros proveedores de salud que aceptan su seguro pero que no han negociado y establecido tasas de pago para los servicios. Las compañías de seguros pagarán el 80% de lo que ellos determinen que es "habitual y habitual" y usted tiene que pagar los gastos de su bolsillo por la porción restante de la factura. A menudo, los servicios fuera de la red serán significativamente más altos que en la red. Recuerde pedir costos antes de cualquier procedimiento o tratamiento.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Para ciertos procedimientos médicos, medicamentos, pruebas de diagnóstico y consultas especiales/hospitalizaciones las compañías de seguros requieren aprobación antes de que el seguro los cubre, excepto en caso de emergencias. Si vas a un proveedor dentro de la red, entonces ellos obtendrán una autorización previa. Si usted va a un proveedor fuera de la red, usted o el médico que ordena esos procedimientos serán responsables de obtener la aprobación de la compañía de seguros. Compruebe siempre si se ha obtenido autorización previa si es necesario porque si no, usted será responsable de toda la factura médica.

CUENTA DE AHORRO DE SALUD (HSA)

Una cuenta de ahorro de salud es como una cuenta de ahorro personal donde usted pone dinero que se utilizará para gastos de atención médica. El dinero de esta cuenta no está gravado. Solo las personas con un plan de deducible alto son elegibles para abrir una HSA. usted puede abrir una HSA usted mismo en un banco participante, o a través de su empleador si ofrecen una HSA.

SEGURO MÉDICO PARA LOS QUE NO TIENEN ESTATUS LEGAL¹⁹

Desde 2017, se estima que 45% de los indocumentados no tenían seguro médico. Las personas indocumentadas no calificarán para Medicare porque el programa requiere que las personas sean ciudadanos de los Estados Unidos, "presente legalmente", y que cumplan con todos los demás requisitos.

La mayoría de los indocumentados no califican para Medicaid o CHIP porque debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o "un indocumentado calificado". Con la excepción de unos estados que permiten a los individuos indocumentados inscribirse en sus programas, la mayoría de las personas que son indocumentados no son elegibles para aplicar a los programas de seguro de salud financiados por el gobierno federal.

Aunque limitadas, todavía hay algunas opciones de seguro médico para individuales indocumentados:

- 1 Asistencia médica de emergencia bajo Medicaid²⁰
- 2 Seguro médico privado fuera del mercado ACA
- 3 Algunos tienen acceso a un seguro médico patrocinado por su empleador²¹
- 4 Algunos pueden tener acceso a través de un cónyuge o dependiente que tiene un seguro médico patrocinado por su empleador

Cosas importantes para tomar en cuenta sobre el estado y el seguro médico:

- 1 Si usted es elegible, solicitando estos servicios no le afectará negativamente más adelante si está solicitando el estatus de residencia permanente o ciudadanía de los Estados Unidos.²²
- 2 Al solicitar a los programas de seguro médico del gobierno, no pueden requerir que proporcione información sobre la ciudadanía o el estatus de los miembros de la familia que no están solicitando cobertura.²³
- 3 Los padres indocumentados todavía pueden solicitar CHIP para sus hijos documentados.²⁴

¹⁹ <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-and-care-of-undocumented-immigrants/#:~:text=Undocumented%20immigrants%20can%20also%20purchase,the%20costs%20of%20this%20coverage.>

²⁰ <https://www.ncsl.org/research/immigration/immigrant-eligibility-for-health-care-programs-in-the-united-states.aspx>

²¹ <https://www.healthsherpa.com/blog/can-undocumented-immigrants-get-health-insurance/>

²² <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/immigrants-refugees-affordable-care-act-with-notes.pdf>

²³ <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/immigrants-refugees-affordable-care-act-with-notes.pdf>

²⁴ <https://www.kff.org/faqs/faqs-health-insurance-market-place-and-the-aca/can-family-members-in-families-with-mixed-immigration-status-where-some-family-members-are-citizens-or-lawfully-present-and-others-are-undocumented-enroll-in-medicare-or-chip-or-receive-help-buying/>

HEALTHCARE FOR THE UNINSURED: ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS NO ASEGURADOS:

Ya es lo suficientemente complicado como para navegar por el sistema de salud, y sin seguro es un conjunto de otros obstáculos. A continuación se ofrecen sugerencias y referencias detalladas sobre cómo y dónde navegar por el sistema de salud de EE.UU. sin seguro médico.

²⁵El Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos opera numerosos Centros de Atención en todo el país que brindan servicios a aquellos que no están asegurados



Todo lo que usted necesita hacer es poner su código postal y el sistema le proporciona una lista de centros de atención cerca de usted con uno o más recursos a aquellos que no están asegurados.²⁶

En general, hay una lista de lugares y recursos que proporcionan costos gratuitos o reducidos (basados en una escala móvil de lo que puedes pagar) para el cuidado. Muchos de estos recursos se ponen incluso a disposición de las personas sin ciudadanía mientras hayan estado en los Estados Unidos durante al menos 3 meses. A continuación se muestra la lista:

CENTROS DE SALUD COMUNITARIOS



Chequeos de visita de bienestar, tratamiento de enfermedades y lesiones, cuidado del embarazo, cuidado de bebés sanos, incluyendo inmunización, cuidado dental, medicamentos recetados, consejería conductual y de abuso de sustancias.²⁷

FERIA DE LA SALUD



Profesionales médicos capacitados operan autobuses que recorren todo el país proporcionando tecnologías de detección de última generación e incluyen salas de exámenes en miniatura.



Los exámenes suelen tener un costo mucho menor.



Estos laboratorios móviles están destinados a detectar: enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cáncer y otros diagnósticos potencialmente mortales.²⁸

²⁵ <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>

²⁶ <https://www.hrsa.gov/espanol/index.html>


²⁷ <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>

²⁸ <https://matrixforme.com/>

INSTALACIONES OBLIGADAS DE HILL BURTON

- Parte de un programa dirigido por la HRSA
 - Es un colectivo de hospitales, residencias de ancianos y clínicas que tienen que proporcionar una cantidad designada de atención médica gratuita o costos muy reducidos cada año
 - Se basa en la elegibilidad (es decir, el tamaño de la familia, los ingresos) para quien se beneficia de este programa
- NO requiere ciudadanía, pero usted tiene que haber vivido en los Estados Unidos durante al menos 3 meses
- Los pacientes tienen que solicitar ser considerados para estos beneficios.²⁹

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA Y CERVICAL

-  Ofrece mamografías gratuitas o de bajo costo y/o papanicolaou a mujeres de bajos ingresos o que no están aseguradas.³⁰

PLANNED PARENTHOOD

- Es un centro de recursos para mujeres
- Son el principal defensor de la salud sexual y reproductiva de la nación, pero también proporcionan una multitud de otros servicios a un costo reducido o nulo.

Estos incluyen:

Detección preventiva de anemia, tiroides, colesterol, diabetes y presión arterial alta, chequeos de pozo, incluyendo los requeridos por un empleador o para un deporte, vacunas contra la gripe, vacunas contra el tétanos, asistencia para dejar de fumar, Control de natalidad, Atención prenatal, exámenes de detección del cáncer de mama, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), exámenes pélvicos, incluidas las pruebas de papanicolaou.³¹

MINI-CLÍNICAS

- Estos incluyen instalaciones independientes que operan fuera de una red de hospitales afiliados o médicos.
- A menudo se encuentran cerca de farmacias como en un Walgreens local, CVS o Walmart
- Prestan servicios tanto a pacientes asegurados como sin seguro y permiten pagar servicios con efectivo.
- Otra ventaja es que a menudo están abiertos los fines de semana y las noches, ayudando así a reducir la necesidad de ir a la sala de emergencias para una necesidad de atención urgente que no es inmediatamente mortal.

²⁹ <https://www.hrsa.gov/get-health-care/affordable/hill-burton/facilities.html>

³⁰ <https://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/screenings.htm>

³¹ <https://www.plannedparenthood.org/about-us/contact-us>

³² <https://www.cigna.com/individuals-families/understanding-insurance/copays-deductibles-coinsurance>

NEGOCIACIÓN DE LOS COSTOS MÉDICOS

- 1** Cuando van al médico, muchas personas no saben cuánto pagarán hasta que estén en el consultorio o reciban la factura médica. Si este fue su caso, no está solo. Muchos estadounidenses comparten una confusión sobre el proceso de la factura médica.
- 2** Cuando usted primero establece una cita, usted puede pedir directamente a la oficina del médico un presupuesto de los costos de los servicios que recibirá. Si tiene seguro, puede pedir códigos de procedimiento para los servicios que recibirá, entonces puede llamar a su seguro y recibir un presupuesto de su seguro, basado en esos costos de procedimiento. Si los costos estimados son demasiado altos, siempre puede buscar otros proveedores de atención médica que proporcionen los mismos servicios a un costo menor.
- 3** Después de la visita del médico, sus códigos de servicio se ajustarán para reflejar los procedimientos y servicios que se completaron el día de la visita del médico. Si usted no tiene seguro, entonces usted puede ser obligado a pagar la cuenta completa el día de la visita o se le enviará una factura médica que usted será totalmente responsable de pagar. Si usted tiene seguro, entonces se le puede pedir que pague un deducible o copago el día del procedimiento.
- 4** Después, el proveedor médico creará una reclamación de seguro basada en los procedimientos y servicios recibidos ese día. El seguro entonces revisará si los servicios caen bajo su póliza de seguro. El seguro puede pagar a su proveedor de atención médica por algunos de sus servicios o rechazar su reclamación de seguro.
- 5** Si su seguro no cubre todos los servicios o rechaza la reclamación de seguro, el proveedor de atención médica le enviará una factura médica por el saldo restante. Usted debe recibir una explicación de beneficios (EOB) de la compañía de seguros que desglosa los costos, el plan cubierto y el saldo restante.³²
- 6** Si se queda atascado con una gran factura médica, compruebe si hay errores.
- 7** Primero puede tratar de ver si hubo algún error en el proceso de facturación. Si recibió estimaciones de costos antes de la visita de su médico, compare el precio estimado y la factura médica real. Si estos números son muy diferentes, entonces puede haber un error de facturación.
- 8** En su cheque de factura médica para cargos duplicados. A veces se producen errores durante la entrada de datos y es posible que se le haya cobrado dos veces.
- 9** Compruebe la información de identificación y asegúrese de que su nombre y los números de paciente son los mismos. A veces, los errores en la información de identificación de una persona pueden llevar a que el seguro no cubra los servicios.
- 10** Además, tenga cuidado con la codificación. Esto ocurre cuando un proveedor de atención médica informa a propósito de un diagnóstico incorrecto para ganar más dinero. Al diagnosticar incorrectamente al paciente, el médico codifica los procedimientos para que puedan cobrarle a usted o a su seguro médico más dinero. Al mirar su factura médica o la descripción de su procedimiento, si incluye servicios que usted no estuvo de acuerdo, entonces puede estar decodificando.

SI QUIERE DISPUTAR UN CARGO...

- 1** Comuníquese con su proveedor de atención médica para cualquier pregunta sobre la factura médica. Usted puede pedir aclaraciones, preguntar sobre cualquier imprecisión de la factura (por ejemplo, dos cargos duplicados). Deberían ser capaces de corregir el error si hubo un error mientras estaban procesando el papeleo.
- 2** Puede solicitarles una factura de línea detallada que incluirá fecha/hora, códigos de facturación médica, descripción, precio total, ajuste del seguro, y la cantidad debida del paciente. La factura detallada de artículos de línea tendrá más detalles que la factura médica que le han enviado.
- 3** Después de hablar con la oficina del proveedor de atención médica, si tiene seguro y aún tiene preguntas o no pudo resolver problemas de facturación, puede llamar a su aseguradora de salud. Pueden trabajar con usted o dirigirlo a donde usted puede presentar una apelación formal para disputar un cargo. Cuando esto suceda, revisarán la factura médica e investigarán si hubo alguna actividad fraudulenta por parte del proveedor de atención médica.
- 4** Si usted no tiene seguro pero todavía quiere disputar la factura, puede comprobar si la clínica o el hospital tiene defensores de pacientes que podrían ayudar con su factura y otros asuntos. Los defensores de los pacientes están ahí para apoyar a los pacientes. Si el equipo de facturación de la clínica u hospital está tomando demasiado tiempo o siendo difícil, puede tener la opción de buscar ayuda de los defensores del paciente.
- 5** Aunque costoso, siempre hay la opción de buscar asesoramiento jurídico y consultar con un abogado. Además, los proyectos de ley en disputa pueden tardar mucho tiempo en resolverse. Si un proveedor de atención médica informa que la factura está vencida, entonces su crédito puede verse afectado. Las leyes actuales solo permiten que la deuda médica se publique en su crédito si son mayores de 180 días. Incluso si se informa en su crédito, si la deuda se paga o se resuelve, entonces tiene que ser eliminado de su informe.³³
- 6** También tiene derecho a hablar con un consejero financiero empleado en el hospital, clínica o consultorio médico. Pueden ayudarle a elaborar planes de pago, conectar con los recursos disponibles y proporcionar más información. Si no tiene seguro, puede preguntar a los asesores financieros si pueden darle descuentos (como los que le dan a Medicare u otras compañías importantes de seguros de salud) para que pueda pagar la factura.³⁴

³³ <https://www.medicalbillingandcoding.org/health-insurance-guide/understanding-medical-bills/> <https://thecollegeinvestor.com/21732/disputing-medical-bill/>

³⁴ <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/managing-costs/if-you-have-problems-paying-a-medical-bill.html>



LATINO
COMMUNITY
FUND GEORGIA

 facebook.com/LCFGeorgia

 instagram.com/lcf_georgia/

lcfgeorgia.org

