

You just got health insurance. Now what?

You've signed up for health insurance. But, how do you use your plan? How do you find a doctor? This Q&A is meant to help you find answers to these types of questions.

How will I pay for my insurance plan?

A **premium** is the money you pay to have your health insurance plan. You usually pay it every month but may pay it quarterly (4 times/year) or yearly (1 time/year) depending on your plan.

How much will I pay for care?

Copayments (copays) and coinsurance both are money you pay out of pocket for health care services, but they work a little differently.

Copays are a set amount you pay for each service. For example, a doctor's office visit may cost \$20, which you pay when you visit your doctor. **Coinsurance** is when you must pay part of a service's cost instead of a set amount. For example, you may pay 20% of the cost of the doctor's office visit.

How much you pay in copays or coinsurance depends on your plan, the type of service, and whether the provider where you get the service is in or out of network (see below).

Cost-sharing is what you have to pay out of pocket, including deductibles, copays, and coinsurance. But, this doesn't include premiums or costs of services your plan doesn't cover.

What is a deductible? How is it different than an out of pocket limit?

A **deductible** is how much you have to pay out of pocket before your insurance covers a portion of the rest of your out of pocket costs. So, if your deductible is \$3,000, once you pay \$3,000 in out of pocket costs, your insurance pays a percentage of all costs after that.

A deductible isn't the same as an **out of pocket limit** (or **out of pocket maximum**). Your out of pocket limit is the total amount you pay out of pocket (including copays and coinsurance, but not premiums) before your insurance kicks in to cover all costs.

How do I find a doctor that takes my insurance?

A **provider network** is made up of the doctors, hospitals, clinics, and pharmacies your insurer has a relationship with to provide services. These places are considered "in network" by your plan. Some plans may charge more or not cover services at all if you get them out of network. For example, if you normally have a \$20 copay for a doctor's office visit, you may have a \$50 copay or have to pay the entire cost for an out of network office visit.

So, it's important to know your plan's rules and to get services from in network providers. You can figure out if a provider is in network by calling them and asking if they take your insurance or calling your insurer to ask about which providers are in network. Also, you may be able to find this information online on your insurer's website.



Should I go to a primary care doctor or the emergency room?

A **primary care doctor** is a doctor to see for things like routine check ups, minor injuries, or things like colds or the flu. This doctor will start to know your medical history and will be able to use that information to help you make the best health decisions.

The best place for treating life-threatening or severe conditions -- like treatment after a bad accident -- is the **emergency room** (ER). You'll be treated by an ER doctor available at that time, which is probably not your primary care doctor. Going to the ER can be very expensive.

Is it true that the ACA requires my plan to cover certain things for free?

Under the ACA, your plan has to cover preventive services without cost sharing. **Preventive services** are services you get to help keep from getting sick or having health problems, such as certain types of screenings and tests and vaccinations (like flu shots).

What do I need to know about contacting my insurance company?

When you contact your insurer, such as by calling their customer service number, you should have your insurance card ready because they will ask for information on the card. If you are calling about a specific bill or charge, have that in front of you so you can be as specific as possible. Don't be afraid to ask questions if you don't understand something. Also, it can be helpful to take notes of any conversations you have in case you need to follow up later.

What if I disagree with my insurance company's decision?

Sometimes you can fix issues with your insurer by just calling the insurer and asking about the decision you disagree with. For example, you may have been charged for a preventive service that you weren't supposed to be charged for, and when you call the insurance company, they can review that charge.

But, if this doesn't work, you can **appeal**. This is a request that the company review the decision you disagree with. You can get information about about your company's appeal process in materials you got when you enrolled, by calling the insurer, or by looking at its website.



Usted acaba de conseguir Seguro de Salud. ¿Ahora qué?

Te has registrado para el seguro de salud. Pero, ¿cómo usar su plan? ¿Cómo encontrar un médico? Este folleto está destinado a ayudar a encontrar respuestas a este tipo de preguntas.

¿Cómo voy a pagar por mi plan de seguro?

Una **prima** es el dinero que debe pagar para su plan de seguro de salud. Generalmente, usted paga todos los meses, pero puede pagar trimestralmente (4 veces / año) o anual (1 vez / año) en función de su plan.

¿Cuánto voy a pagar por la atención?

Los copagos y coaseguro ambos son dinero que usted paga de su bolsillo para los servicios de salud, pero funcionan un poco diferente.

Los **copagos** son una cantidad fija que se paga por cada servicio. Por ejemplo, una visita al consultorio médico puede costar \$ 20, lo que usted paga cuando visite a su médico.

El **coaseguro** es cuando usted tiene que pagar parte del costo de un servicio en lugar de una cantidad fija. Por ejemplo, usted puede pagar el 20% del costo de la visita al consultorio del médico.

Lo que usted paga en copagos o coaseguros depende de su plan, el tipo de servicio, y si el proveedor de donde se obtiene el servicio está dentro o fuera de la red (ver más abajo).

Costo compartido es lo que tiene que pagar de su bolsillo, incluyendo los deducibles, copagos y coaseguro. Pero, esto no incluye las primas o los costes de los servicios que su plan no cubre.

¿Qué es un deducible? ¿Cómo es diferente de un fuera de límite de bolsillo?

Un **deducible** es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que su seguro cubra una parte del resto de sus costos. Por lo tanto, si su deducible es de \$ 3.000, una vez que usted paga \$ 3,000 en gastos de bolsillo, su seguro paga un porcentaje de todos los gastos después de eso.

Un deducible no es lo mismo que un fuera de límite de bolsillo (o fuera de la máxima de bolsillo). Su límite de bolsillo es la cantidad total que paga de su bolsillo (incluyendo copagos y coaseguros, pero no las primas), antes de su seguro entra en acción para cubrir todos los gastos.

¿Cómo puedo encontrar un médico que toma mi seguro?

Una red de proveedores está compuesto por los médicos, hospitales, clínicas, farmacias y su aseguradora tiene una relación con prestación de servicios. Estos lugares se consideran “en la red” por su plan. Algunos planes pueden cobrar más o no cubrir los servicios en absoluto si los obtiene fuera de la red. Por ejemplo, si normalmente tiene un copago de \$ 20 por visita al consultorio de un médico, es posible que tenga un \$ 50 de copago o que tenga que pagar el costo total por un fuera de visita a la oficina de la red.



Por lo tanto, es importante conocer las reglas de su plan y para conseguir los servicios de los proveedores en la red. Usted puede averiguar si un proveedor está en la red llamando a ellos y preguntar si aceptan su seguro o llamar a su aseguradora para preguntar sobre qué proveedores están en la red. También, usted puede ser capaz de encontrar esta información en línea en el sitio web de su compañía de seguros.

¿Debo ir a un médico de atención primaria o la sala de emergencias?

Un médico de atención primaria es un médico para ver por cosas como chequeos de rutina, lesiones menores, o cosas como los resfriados o la gripe. Este médico comenzará a conocer su historial médico y será capaz de utilizar esa información para ayudarle a tomar las mejores decisiones de salud.

El mejor lugar para tratar afecciones potencialmente mortales o graves - como tratamiento después de un grave accidente - es **la sala de emergencias** (ER). Usted será tratado por un médico de urgencias disponibles en ese momento, lo que probablemente no es su médico de atención primaria. El ir a la sala de emergencia puede ser muy caro.

¿Es cierto que la ACA requiere mi plan para cubrir ciertas cosas de forma gratuita?

En virtud de la ACA, su plan tiene que cubrir los servicios preventivos sin costos compartidos. Los **servicios preventivos** son los servicios que recibe para ayudar a evitar enfermarse o tener problemas de salud, tales como ciertos tipos de exámenes y pruebas y vacunas (como la vacuna contra la gripe).

¿Qué necesito saber acerca de ponerse en contacto con mi compañía de seguro de salud?

Cuando se comunique con su compañía de seguros, como llamando a su número de servicio al cliente, usted debe tener su tarjeta de seguro listos porque van a pedir información en la tarjeta. Si está llamando sobre un proyecto de ley o cargo específico, tienen que delante de usted para que pueda ser lo más específico posible. No tenga miedo de hacer preguntas si no entiende algo. También, puede ser útil para tomar notas de cualquier conversación que tiene en caso de que usted necesita para el seguimiento posterior.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de mi compañía de seguros?

A veces se puede solucionar los problemas con su aseguradora con sólo llamar a la compañía de seguros y preguntar acerca de la decisión está en desacuerdo. Por ejemplo, es posible que haya sido acusado de un servicio preventivo que no se suponía que te cobren, y cuando se llama a la compañía de seguros, pueden revisar ese cargo.

Pero, si esto no funciona, puede **apelar**. Esta es una petición que la empresa revise la decisión está en desacuerdo. Usted puede obtener información acerca de proceso de apelación de su empresa en los materiales que recibió cuando se inscribió, llamando a la compañía de seguros, o mirando en su sitio web.

