



Atención médica 101

Comprender sus opciones ahora es más fácil

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

3427575-01-01 (6/24)





Planes médicos, de forma simple y clara

Si piensa que los términos de los seguros de salud son confusos, no está solo. Por eso creamos esta guía útil. Basta de tecnicismos y descripciones complicadas. Solo explicaciones claras sobre planes, pagos y maneras fáciles de ahorrar.

Aetna® es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).



Tipos de planes de salud

Conocer las diferencias entre estos planes comunes es el primer paso. Esto le ayudará a tener más confianza para elegir el plan adecuado para usted. Tenga en cuenta que su plan real puede ser distinto a las descripciones a continuación.



Cubierto no significa gratuito. Un servicio de atención médica con cobertura es aquel que su plan reconoce. Su plan solo paga por este servicio después de que usted haya alcanzado el deducible, el coseguro o el copago.



Una remisión es como un permiso de su médico de atención primaria (PCP) para ver a un especialista u otro proveedor. Muchos médicos pueden enviar remisiones de manera electrónica.



Los proveedores de la red participan en nuestra red y ofrecen tarifas especiales más bajas para nuestros miembros.

	Organización de proveedores preferidos (PPO)	Plan de salud con deducible alto (HDHP)	Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)*
Sus contribuciones	▲ Suelen ser mayores que las de HDHP y HMO.	▼ Suelen ser menores que las de PPO y HMO.	▼ Suelen ser menores que las de los planes PPO.
Deducible	▼ Es menor que el de HDHP.	▲ Es mayor que el de los planes PPO y HMO.	▼ Es menor que el de HDHP.
Médico de atención primaria (PCP)*	👤 Generalmente no necesita elegir un PCP.	✅ Depende de si el plan es PPO o HMO.	✅ Debe elegir un PCP y coordinar su atención con este.
Remisiones	👤 Puede consultar a cualquier médico autorizado sin remisión.	📄 Depende de si el plan es PPO o HMO.	📄 Necesitará una remisión de su PCP para consultar a otros médicos y especialistas.
Cobertura fuera de la red	💰 Tiene cobertura fuera de la red, pero en general pagará más.	💰 Tiene cobertura fuera de la red, pero en general pagará más.	❌ No está cubierto fuera de la red, excepto para la atención de emergencia.

*PARA NOTA DE SOBRE PCP: En Texas, la sigla PCP se conoce como médico (atención primaria). En el estado de Washington, PCP hace referencia al proveedor de atención primaria. En Missouri, no tiene que elegir un PCP en un plan PPO.

*PARA LA NOTA SOBRE PRODUCTOS HMO: Para productos HMO en Missouri, también tendrá cobertura para dos consultas de salud mental.



Pagos para recibir atención

Una descripción general de los términos

Reclamaciones

Las reclamaciones son solicitudes para que su plan pague los servicios que usted recibe. Las utilizamos para corroborar qué cubrirá su plan y conocer el monto que pagaremos. Puede encontrar el estado y los montos facturados para su reclamación en el sitio web para miembros o en la aplicación Aetna HealthSM.

Declaraciones sobre la Explicación de beneficios (EOB)

Una EOB muestra en detalle cómo procesamos las reclamaciones. No es una factura y puede que no muestre el saldo actual que debe. Si alguna vez algo cambia con su reclamación, recibirá una nueva declaración.

Facturación de los proveedores

La factura muestra el monto que debe por los servicios. Su proveedor le dará una. Puede pagar lo que debe directamente a su proveedor o a través del enlace "Pague a su proveedor" en cada una de sus reclamaciones.

Coordinación de los beneficios (COB)

Algunos miembros tienen cobertura de salud a través de más de un plan. Si ese es el caso, trabajamos con las otras aseguradoras para decidir cuál plan paga primero y cuál paga en segundo término, según las normas en los documentos de su plan. Este proceso se denomina COB.

USTED PAGA

Deducible

El deducible es el monto de los costos que paga de su bolsillo por la atención médica cubierta antes de que su plan comience a pagar.

Cada año, usted paga el 100% de sus gastos cubiertos hasta que alcance el monto del deducible. Para la mayoría de los planes, la atención preventiva elegible está cubierta al 100% sin ningún deducible cuando usa proveedores de la red.

USTED + EL PAGO DEL PLAN

Costos compartidos

Una vez que alcanza el deducible, comparte los costos con el plan. Esto puede ser a modo de coseguro o de copagos.

Coseguro

Se trata de un porcentaje fijo. Por ejemplo, si su atención cuesta \$100 y su coseguro es del 20%, pagará \$20.

Copago

Se trata de un monto fijo en dólares. Por ejemplo, puede pagar \$25 por cada consulta en el consultorio del médico.

Monto máximo que paga de su bolsillo

Es el monto máximo que paga todos los años por los gastos cubiertos. Una vez que alcanza el máximo, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos por el resto del año.

Servicios de atención dentro de la red

¿Quién paga qué?

Aspectos destacados

Si elige a proveedores de la red, podrá ahorrar dinero.

Estos proveedores tienen contrato con nosotros para ofrecer tarifas que generalmente son más bajas que sus tarifas regulares. También trabajan directamente con nosotros y nos envían las reclamaciones por los servicios que recibe. No se preocupe. Al elegir a proveedores de la red, este trabajo se realiza tras bastidores.

Visite **Aetna.com** para buscar un proveedor de la red.

Beneficios

- ✓ Costos que paga de su bolsillo más bajos.
- ✓ Sin facturación de saldos.
- ✓ Menos papeleo.

Cómo funciona



Consulta al médico

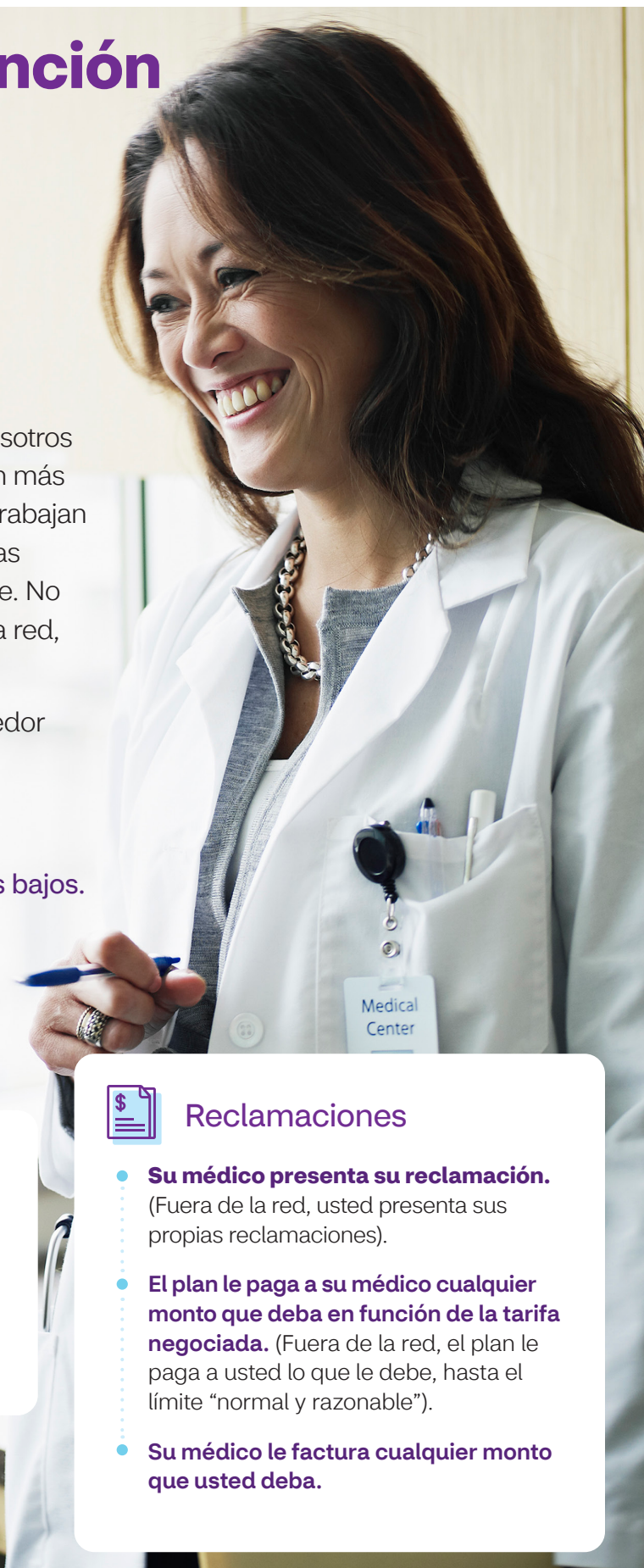
Consulte a su médico y muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna®.

No necesita pagar en la consulta a menos que tenga un copago. (Fuera de la red, es posible que tenga que pagar el monto completo en su consulta).



Reclamaciones

- **Su médico presenta su reclamación.** (Fuera de la red, usted presenta sus propias reclamaciones).
- **El plan le paga a su médico cualquier monto que deba en función de la tarifa negociada.** (Fuera de la red, el plan le paga a usted lo que le debe, hasta el límite “normal y razonable”).
- **Su médico le factura cualquier monto que usted deba.**



Dentro de la red frente a fuera de la red

Dentro de la red



Es posible que esta opción de la red **le cueste menos dinero.**

Aspectos destacados

Si elige a proveedores de la red, podrá ahorrar dinero.

Estos proveedores tienen contrato con nosotros para ofrecer tarifas que generalmente son más bajas que sus tarifas regulares. También trabajan directamente con nosotros y nos envían las reclamaciones por los servicios que recibe. No se preocupe. Al elegir a proveedores de la red, este trabajo se realiza tras bastidores.

Visite [Aetna.com](https://www.aetna.com) para buscar un proveedor de la red.

Cómo funciona

El proveedor presenta su reclamación y el plan le paga el monto que le deba en función de la tarifa negociada. Usted paga los costos restantes.

Beneficios

- ✓ Costos que paga de su bolsillo más bajos.
- ✓ Sin facturación de saldos.
- ✓ Menos papeleo.

Fuera de la red



Es posible que esta opción de la red **le cueste más dinero.**

Aspectos destacados

Su plan puede permitirle visitar un proveedor fuera de la red. Para conocer detalles, consulte el documento Resumen de beneficios y cobertura.

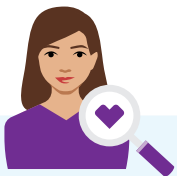
Cómo funciona

Los médicos y hospitales fuera de la red no tienen un contrato con nosotros. Entonces, esto quiere decir lo siguiente:

- Generalmente cobran más por sus servicios.
- Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga su plan por los servicios y el monto que ellos cobran.

Además, por lo general, no nos envían reclamaciones ni obtienen aprobación para la cobertura. Por ende, es posible que tenga que gestionar estos detalles por su cuenta.

Tenga en cuenta lo siguiente



Con cobertura

“Cubierto” no significa gratuito. Un servicio de atención médica con cobertura es aquel que su plan reconoce. Su plan solo paga por este servicio después de que usted haya alcanzado el deducible, el coseguro o el copago.



Remisión

Una remisión es como un permiso de su médico de atención primaria (PCP) para ver a un especialista u otro proveedor. Muchos proveedores pueden enviar fácilmente las remisiones de manera electrónica.



Proveedores dentro de la red

Los proveedores de la red participan en nuestra red y ofrecen tarifas especiales más bajas para nuestros miembros. Por ello, recuerde que permanecer dentro de la red puede ayudarle a ahorrar dinero.



HRA, HSA o FSA

Es posible que le ofrezcan una o más de estas cuentas sin impuestos para ayudarle a pagar por gastos de atención médica calificados. Su plan específico puede variar, pero estas son las diferencias más importantes:

HRA

Acuerdo de reembolso de salud*

- Una cuenta HRA forma parte de su plan médico. Paga automáticamente y en primer lugar gastos médicos calificados hasta que los fondos se acaben.
- Por lo general, se utiliza con un HDHP.
- Solo los empleadores elegibles pueden contribuir.
- Su saldo puede acumularse siempre y cuando permanezca en el plan. Su empleador puede limitar el monto que usted puede acumular.

HSA

Cuenta de ahorros de salud*

- Una HSA es una cuenta separada de la que es propietario y que utiliza para gastos de atención médica calificados como desee.
- Requiere un HDHP.
- Usted, su empleador o cualquier persona puede contribuir.
- Puede utilizar los fondos ahora o guardarlos para más adelante. Además, mantiene su cuenta incluso si abandona el plan o la compañía.

FSA

Cuenta de gastos flexibles para atención médica

- Los fondos de una FSA pueden utilizarse para gastos de atención médica calificados hasta el monto que usted eligió durante la inscripción.
- Se utiliza con la mayoría de los tipos de planes de salud, pero el plan de salud no es necesario.
- Usted y su empleador pueden contribuir.
- Pierde sus fondos si no los utiliza antes de que termine el año del plan (más cualquier período de gracia o remanente, si son ofrecidos).



*PARA NOTA SOBRE HRA: Los HRA no se encuentran disponibles actualmente para los miembros de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) en Illinois ni para los miembros de planes de grupos pequeños en Florida.

*PARA NOTA SOBRE HSA: Las HSA no se encuentran disponibles actualmente para los miembros de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) en California e Illinois.



Conozca más, obtenga más.

Ahora sabe cómo funcionan los planes de salud. Es por eso que puede elegir con confianza y utilizar el suyo sabiamente durante todo el año.

Inspira Financial Health, Inc. no brinda asesoramiento legal, fiscal o financiero. Comuníquese con un profesional para obtener asesoramiento sobre elegibilidad, tratamiento fiscal y otras restricciones. Inspira e Inspira Financial son marcas comerciales de Inspira Financial Trust, LLC.

Los servicios de inversión se ofrecen de forma independiente a través de una institución financiera externa. Al transferir fondos a una cuenta de inversión HSA, también estará expuesto a una serie de riesgos, incluida la pérdida de capital, y siempre debe leer los prospectos de los fondos mutuos que tiene la intención de comprar para familiarizarse con estos riesgos. El prospecto describe los objetivos y las estrategias de inversión de los fondos, los honorarios y gastos, y los riesgos inherentes a las inversiones en cada fondo. La cuenta de inversión HSA es un servicio opcional y autodirigido. Los fondos mutuos y las inversiones en agencias de corredores de bolsa no están asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC) y están sujetos a riesgos de inversión, incluidas las fluctuaciones en valor y la posible pérdida del principal monto invertido. Los tiempos de acceso a la cuenta y al sistema de respuesta pueden variar debido a diversos factores, entre ellos, volúmenes de negociación, condiciones del mercado, rendimiento del sistema y otros factores.

Este material es solo para fines informativos. No es una oferta de cobertura y no constituye un contrato. En caso de conflictos entre los documentos de su plan y la información de este material, prevalecerán los documentos del plan. Es posible que los gastos elegibles varíen de empleador a empleador. Para obtener más información sobre los beneficios cubiertos, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) de su empleador. Se considera que la información es precisa a la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios.

[Aetna.com](https://www.aetna.com)