

# escogiendo un **PLAN MEDICO**

que le sirva a  
**usted y su familia**



Su Jefe,  
Medicare o Medicaid

pueden pedirle dentro de poco que  
escoja un plan médico

Este panfleto contesta tres preguntas muy importantes:

- 1. ¿Qué significa escoger un plan médico?**
- 2. ¿Cómo tomo la decisión correcta?**
- 3. ¿Qué hago si las cosas salen mal o si no funcionan?**

# 1 ¿Qué significa escoger un PLAN MEDICO?

Usted probablemente ha estado recibiendo cuidado médico de los doctores que ha escogido. Cada vez que usted visita al médico, su seguro, Medicare, o Medicaid paga por los servicios.

Eventualmente se le puede pedir que escoja un plan médico. Estos planes médicos pueden tener diferentes nombres: organizaciones de mantenimiento de salud o HMO, organizaciones de cuidado supervisado o MCO, o planes de salud administrados. No importa cómo se llamen, ellos van a cambiar la forma en que recibe su atención médica.

## Un Plan Médico DEBE:

- Ofrecerle una lista (al día) de los doctores y hospitales afiliados al plan en su área.
- Contar con suficientes doctores y especialistas para que usted pueda obtener el cuidado médico que necesite.
- Asegurarse que usted se mantenga saludable por medio de vacunas y visitas al médico.
- Asegurarse de que obtenga con rapidez el cuidado que usted necesita.
- Asegurarse que los doctores sean accesibles por teléfono al igual que personalmente.
- Limitar los costos que usted paga por el cuidado.
- Contar con un personal diestro que hablen su idioma y que sean corteses.

Cuando se inscriba con un plan médico, solo puede usar los doctores y hospitales afiliados al plan. Estos doctores y hospitales le proveerán servicios. El plan recibirá la misma cantidad de dinero mensual. No importa cuánto cuidado necesite. Si necesita cuidado médico, tiene que ser referido por su doctor. Si quiere visitar a un doctor que no participa en el plan, puede ser que tenga que pagarle por sus servicios.

## Un Plan Médico NO DEBE:

- Presionarle a que los escoja.
- Hacerle viajar muy lejos para obtener atención médica.
- Hacerlo esperar un largo tiempo antes de atenderlo.
- Obtener ganancias por medio de negar cuidado cuando usted lo necesita.

## ¿Qué significan estas palabras?

**Capitación** (Capitation) - Su plan médico puede pagarle al doctor una misma cantidad de dinero cada mes. No importa cuanto servicios usted use. Es importante que usted obtenga el cuidado que necesita.

**Reglas de limitaciones** (Gag rules) - Su plan médico puede impedirle a su doctor que discuta ciertas cosas con usted. Algunos planes le prohíbe al doctor que discuta aquellos tratamientos que no son cubiertos por el plan. Otros planes le piden al doctor que no discuta con el paciente que se le paga por proveer menos servicios y que pueden perder dinero si el paciente usa demasiados servicios. Es importante que usted pregunte sobre estas reglas antes de escoger un plan médico.

**Médico de cabecera** (Gatekeeper) - Cuando escoge un plan médico, usted debe tener la libertad de escoger un doctor que se asegure que usted reciba el cuidado que necesita cuando lo necesite. También se debe encargar de hacer, supervisar y aprobar los exámenes médicos y las citas a hospitales y especialistas. A este doctor se le llama médico de cabecera o proveedor de atención primaria. (Es la persona que controla su atención médica). Mantenga una estrecha comunicación con su doctor para asegurarse que reciba el cuidado que necesite. Asegúrese también que la persona que controla su atención médica es un doctor o una enfermera especializada y no otro empleado del plan.

# ¿Cómo tomo la DECISION CORRECTA?

Hay muchos planes para escoger, y es muy importante optar por el mejor para usted y su familia. Antes de inscribirse a un plan médico, use esta lista. Mientras más respuestas afirmativas tenga, más le convendrá el plan.

- 1. ¿Están incluidos en el plan los doctores, las clínicas y los hospitales que usan los miembros de mi familia?
- 2. ¿Puedo escoger los doctores y cambiar de doctor si quiero?
- 3. ¿Hay alguna farmacia cercana que acepte el plan médico?
- 4. ¿Podré contar con una lista de los doctores, hospitales y farmacias que aceptan el plan?
- 5. ¿Tiene el plan doctores, enfermeras y personal que hablen mi idioma y que sean corteses?
- 6. ¿Está la oficina del doctor equipada para atender a pacientes que tengan impedimentos y limitaciones físicas como personas que son sordas, ciegas o que requieran el uso de una silla de ruedas?
- 7. ¿Requiere el plan una visita al médico para un examen de rutina dentro de los 60 días después de mi inscripción en el plan?
- 8. ¿Existe una línea telefónica por la cual puedo comunicarme con el doctor durante y después del horario normal de servicio?
- 9. ¿Puede un doctor atenderme:
  - ♦ inmediatamente en caso de emergencia,
  - ♦ el mismo día si mi caso es urgente,
  - ♦ entre dos semanas para una visita de rutina o para atención especial?
- 10. Piense sobre las necesidades de su familia. ¿Cubre el plan todas estas necesidades? (por ejemplo, medicinas, cuidado de salud mental, servicios de embarazo, cuidado en casa, y terapia física.)
- 11. Asegúrese de preguntar sobre los servicios médicos que usted sabe que necesita. ¿Si alguien en mi familia tiene necesidades médicas especiales, nos cubre el plan todos los doctores, los servicios y las medicinas?
- 12. ¿Establece el plan algún límite en los servicios, por ejemplo solo 10 visitas de cuidado de salud mental?
- 13. ¿Discutirá mi doctor los tratamientos más avanzados, aún cuando mi plan no los cubra?
- 14. ¿Paga el plan por una consulta a otro doctor que no esté afiliado al plan para obtener una segunda opinión?
- 15. Si no estoy de acuerdo con la decisión del plan o el doctor acerca de mi cuidado, o si no estoy satisfecho, ¿el plan le dará atención a mi problema de inmediato si mi vida está en peligro, en 24 horas si me siento muy enfermo?
- 16. ¿Me indica mi plan qué hacer cuando tengo preguntas o un problema?. ¿Tienen algún número disponible (1-800) al que puedo llamar?
- 17. ¿Puedo obtener los servicios que necesito en mi vecindario y sin tener que viajar largas distancias?
- 18. ¿Me ofrece el plan transportación para llegar a tiempo a mis citas?
- 19. ¿Limita el plan médico la cantidad de dinero que tengo que pagar de mi propio bolsillo para atención médica?
- 20. ¿Recibiré un libro para miembros que explica cómo funciona el plan?
- 21. ¿Me explicará el plan cómo usar los servicios del plan?
- 22. ¿Puedo cambiar de plan médico?

**Pregunte a todas las personas que pueda sobre el plan que le gusta**

Hable con  su doctor  
 su jefe  
 Medicare o Medicaid

Hable con  sus vecinos  
 compañeros de trabajo  
 y amigos

Hable con  el personal que trabaja en el plan que piensa escoger

**TOME NOTAS** de su conversación. Apunte la fecha de su llamada y los nombres de las personas con quien habló.

*El Comité Nacional Para Cumplimiento de Calidad (en inglés NCQA) revisa la calidad de los planes médicos. Usted puede solicitar, sin costo alguno, la lista del estado de acreditación (Accreditation Status List), la cual nombra todos los planes de salud que el NCQA ha revisado, llamando al 1-(800) 839-6487.*



No importa que plan tenga,

usted tiene derechos legales.

## Si tiene un problema usted puede plantear una queja:

- \* A la oficina de servicios de los miembros del plan que aparece en su libro de participantes.
- \* A la oficina estatal de Medicaid si está en Medicaid.
- \* Al departamento de seguros de su estado.

## Usted tiene el derecho de...

- \* Obtener información correcta.
- \* Obtener los servicios médicos que están en la lista de su plan médico, en el momento que los necesite.
- \* Obtener atención de emergencia inmediata de la sala de emergencia más cercana.
- \* No ser discriminado por razón de incapacidad, raza o país de origen/nacionalidad.
- \* Obtener copias de sus registros o informes médicos.
- \* Mantener la confidencialidad de sus necesidades de atención médica.
- \* Plantear una queja y que se le explique claramente su derecho a quejarse.
- \* Obtener una audiencia del estado (si está en Medicaid).

## ¿Qué significan estas palabras?

**Queja (Grievance)** - Usted puede quejarse al departamento de servicios de su plan médico cuando está descontento con el plan o si tiene algún problema. El plan médico debe responderle por escrito en unos 15 a 30 días.

**HMO (Health Maintenance Organization)- Organizaciones del Mantenimiento de Salud o Plan de Salud Administrado** son otros nombre de los planes médicos que reciben una cantidad fija de dinero por su atención. Ellos deben ayudarle a mantenerse saludable mediante chequeos médicos regulares e instrucción de cómo usted puede vivir una vida saludable. A usted le conviene seguir los consejos de sus médicos para que pueda mantenerse saludable.

**Miembro (Member)**- Es otro nombre que se les dan a los pacientes que se inscriben en un plan médico. También se les llama suscriptor.

**Red médica (Network)**- Los médicos, hospitales, clínicas, farmacias y otros profesionales de la salud que son afiliados al plan médico.

**Audiencia Estatal Imparcial (State Fair Hearing)**- Si usted tiene Medicaid y un plan médico le niega, reduce o interrumpe un servicio médico que usted considera que necesita, puede apelar a las autoridades de su estado. El estado le debe dar la oportunidad de que usted comparezca ante un juez dentro de un plazo de 90 días. No se le debe exigir que usted plantee una queja con su plan médico antes de apelar al estado.

Los pacientes de Medicare deben obtener una copia del **Directorio de Recursos de Medicare** (Medicare Managed Care Resource Center Information Directory). Esta guía es muy importante. Le explica cómo obtener información del Programa de Orientación Sobre Seguro de Salud (Health Insurance Counseling Program) de su estado sobre cómo escoger un plan médico y sobre cómo reportar problemas a Medicare. Los servicios del Programa de orientación son gratis.

Para obtener su copia gratis, escriba a la  
Office of Managed Care, HCFA  
7500 Security Blvd. Room S3-02-1  
Baltimore, MD 21244-1850

o llame al "Medicare Hotline" 1-(800) 638-6833

Usted también puede solicitar **ayuda a su abogado** o puede ser elegible para consejo legal gratis con la oficina local de servicios legales (Local Legal Services Program). Puede obtener el número de teléfono en las páginas amarillas de su guía telefónica.

Preparado por **National Health Law Program**, situado en Los Angeles, California, por más de 25 años, definiendo y protegiendo los derechos del consumidor de plan médicos, en especial para personas con bajos ingresos, ancianos y personas con impedimentos físicos.

Los fondos para este panfleto los ha otorgado  
**The Annie E. Casey Foundation**