
Administrar las finanzas en los Estados Unidos- Acceso a los Servicios de Atención Médica y Conceptos Básicos del Seguro Médico



The Northeast Farm and Ranch
Stress Assistance Network

¿Sabía que alrededor de 100 trabajadores agrícolas sufren una lesión por tiempo de trabajo perdido todos los días y que la agricultura es uno de los trabajos más peligrosos que puede tener? Su salud es un activo importante. Si está enferm@ o lesionad@, trabajar y cuidar a su familia es más difícil. Es importante saber dónde puede obtener el tratamiento y cómo pagará el tratamiento médico.



¿Dónde puedo ir para recibir tratamiento médico y cuánto costará?

Los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés) son proveedores de atención médica basados en la comunidad que reciben fondos federales para brindar servicios de atención primaria. Los Centros deben cumplir con un conjunto estricto de requisitos y brindarán atención con una **tarifa de escala móvil** basada en su capacidad de pago. A nivel local, estos Centros pueden llamarse Centros de Salud Comunitarios o Centros de Salud para Migrantes. Debe proporcionar información sobre el tamaño de la familia, identificación con foto, dirección y comprobante de ingresos al usar estas instalaciones.

La mayoría de los hospitales y centros de salud no requieren documentación de residencia o estatus migratorio y ayudarán a cualquier persona. El costo de la visita al médico dependerá de los servicios de atención médica que haya utilizado. Cuando se usa un sistema de pago de **tarifas de escala móvil**, el **proveedor de atención médica** usará una fórmula basada en sus ingresos y el tamaño de su familia para determinar cuánto debe pagar y establecer un plan de pago para pagar la factura a lo largo del tiempo.

El personal del hospital solicitará su historial médico para ayudar a evaluar sus necesidades médicas. El hospital le enviará una factura por correo. Por lo tanto, debe proporcionar su nombre y dirección. También debe proporcionar información sobre su nivel de ingresos para que el hospital pueda facturarle la cantidad correcta.

¿Qué es un seguro de salud y cómo funciona?

El seguro de salud es una herramienta que la gente usa para manejar los riesgos potenciales de enfermarse, lesionarse, desarrollar una condición de salud crónica como la diabetes y el riesgo de tener que pagar mucho dinero por los servicios de atención médica. Si ocurre un problema de salud, los resultados pueden ser costosos. El seguro de salud ayuda a reducir ese riesgo, especialmente el financiero.

El seguro de salud es administrado por una organización central, como una agencia gubernamental, una empresa privada o una organización sin fines de lucro. Esta organización ofrece una variedad de planes de seguro médico y estos planes brindan cobertura para los servicios de atención médica. Existen diferentes planes según los servicios que cubre el plan y cómo se comparte el costo de esos servicios entre usted y la compañía de seguros. Los costos pueden incluir una **prima o pago mensual, un deducible, copagos o coseguro**.

Todos estos costos diferentes estarán determinados por el plan que elija. A menudo, cuanto mayor sea la prima, menores serán los otros cargos. Es importante **comparar precios** .

¿Quién puede obtener un seguro de salud?

Los ciudadanos nacidos en los EE.UU., los ciudadanos naturalizados de los EE.UU., los inmigrantes presentes legalmente (como los trabajadores H2A) y los que se consideran residentes de los EE.UU. a efectos fiscales son elegibles para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos.® Los inmigrantes indocumentados no son elegibles para comprar un seguro médico en el **Mercado de Seguros Médicos**. Pero pueden solicitar cobertura en nombre de los niños documentados o miembros de la familia.



¿Cómo obtengo un seguro de salud?

Hay varias maneras de obtener un seguro de salud. Algunos empleadores ofrecen seguro de salud como un **beneficio para los empleados**. Los costos del seguro de salud luego podrían compartirse con su empleador; recibiría una tarjeta de seguro de salud y alguna información sobre el plan.

Si su empleador no ofrece seguro médico, la mayoría de los estados tienen un **Mercado de Seguros Médicos**. Este programa facilita el acceso al seguro de salud. La cantidad que pague por el seguro se basará en sus ingresos y el tamaño de la familia, las edades y si hay fumadores en la familia. Según la información que proporcione, puede calificar para recibir ayuda financiera o subsidios que reduzcan el costo de la prima mensual.

¿Qué pasa con el cuidado dental?

El cuidado dental es importante para su salud. Si tiene problemas con la boca o los dientes, puede ser doloroso y afectar otros aspectos de su salud y bienestar. El cuidado dental generalmente no está cubierto por un seguro de salud. Algunas clínicas ofrecen atención dental y atención de emergencia gratis o a bajo costo. Puede encontrar un proveedor local en este sitio web: <https://www.authoritydental.org/toothwisdom> .

Algunos empleadores ofrecen seguro dental como **empleo beneficio**. Si no es así, puede usar el Mercado de Seguros Médicos para encontrar un plan de seguro dental. Esto tendrá una **prima mensual, copagos, coseguro** y costos **deducibles** también.

¿Cómo uso el seguro médico y dental de manera efectiva?

El primer paso es conocer su plan de seguro. Habrá un documento o sitio web de **Evidencia de Cobertura** que proporciona esta Información. A continuación, determine qué médicos y hospitales puede utilizar. Querrá visitar a su médico al menos una vez al año para un chequeo anual. Además, desea saber a dónde ir antes de enfermarse o lesionarse. Es mejor tener esto resuelto antes de que necesite ayuda.

¿Sabía que es importante cepillarse los dientes dos veces al día y abstenerse de consumir demasiada azúcar, gaseosas y dulces para mantener su boca saludable?

El pago de su prima mensual garantiza que tenga cobertura para los servicios de salud que utiliza. También desea revisar cualquier **documento de Explicación de beneficios** que le

haya enviado la compañía de seguros de salud o el **proveedor de atención médica** para asegurarse de que los servicios que utilizó y las tarifas sean correctas. Si no lo son, visite a su **proveedor de atención médica** o compañía de seguros de salud para averiguar por qué existen diferencias.

¿Cómo funciona el seguro de salud?

Una vez que tenga un seguro de salud, recibirá una tarjeta de seguro de salud. Hay información importante en esta tarjeta, incluido su tipo y número de póliza, información sobre los montos de los **copagos**, información de contacto del seguro de salud. Cuando necesite servicios de atención médica, le mostrará esta tarjeta al **proveedor de atención médica**. Cuando acude a un **proveedor de atención médica**, puede haber una cantidad de **copago** que debe pagar en el momento de la visita. Esta cantidad estará en la tarjeta.



Después de que termine su visita, el **proveedor de atención médica** enviará información a la compañía de seguros de salud sobre los servicios, el costo y cuánto les pagó por el **copago**. La compañía de seguros de salud pagará al proveedor de **atención médica** el resto de lo que se le debe al proveedor. Si acudió a un **proveedor de atención médica** que no formaba parte de la red de la compañía de seguros de salud, es posible que haya cargos adicionales que la compañía de seguros de salud no cubrió, y el **proveedor de atención médica** podría facturarle. Por esta razón, es esencial consultar a los **proveedores de atención médica** que están en su red.

A veces, los servicios de atención médica no requieren un **copago**, sino que requieren que pague un **coseguro** o un porcentaje de la factura. Por ejemplo, si el costo total de los servicios es de \$100 y la cantidad del **coseguro** es del 15 %, entonces usted le debe \$15 al **proveedor de atención médica**, mientras que la compañía de seguros de salud pagaría \$85.

Una historia de caso para Dani

Dani gana \$15.00 por hora y trabaja 60 horas cada semana y vive en los Estados Unidos todo el año. Dani está casada, tiene tres hijos y no gana dinero con otros trabajos. Su ingreso bruto anual es de \$46,800. Un día, Dani tuvo un accidente en la ciudad y se rompió un brazo. Él / Ella no estaba trabajando en ese momento. Para tratar esta lesión, Dani fue al Centro de Salud Federalmente Calificado local donde se tomó una radiografía, se realizó una cirugía, se usó anestesia durante la cirugía, se usó un yeso para estabilizar el brazo después de la cirugía, se proporcionaron analgésicos y se atendieron 2 visitas de seguimiento para control de la cirugía y retiro del yeso. Sin seguro ni asistencia del Centro de Salud, el costo total de este evento fue de \$9,352.

Escenario 1: al trabajar con el Centro de Salud Calificado Federalmente, Dani proporcionó la documentación requerida que prueba los ingresos, el tamaño de la familia y la dirección. Utilizando la fórmula de tarifa de escala móvil, el departamento de facturación concluyó que Dani tendría que pagar \$20 por cada visita ($3 \times \$20 = \60) y el 30 % de la factura total ($0,30 \times \$9352 = \2805) para un total de \$2,865. El Centro de Salud trabajó con Dani para desarrollar un plan de pago de \$150/mes por alrededor de 19 meses.

Escenario 2 – Mercado de Seguros Médicos – Para una familia de 5 para un rango medio (Plan Plata), el costo mensual sería de \$1500/mes para todos los miembros de la familia. Pero según la información sobre ingresos, tamaño de la familia y lugar de residencia, los ingresos equivalen al 151 % del nivel de pobreza. Este nivel se utiliza para determinar cuánto **subsidio** recibirá. Esto significa que Dani es elegible para recibir ayuda financiera a través del Mercado de Seguros Médicos. Una estimación del costo de la cobertura y la cantidad de ayuda financiera en 2022 sería de \$1,479 por mes (\$17,754 por año) como crédito fiscal de prima. Esto cubre casi el 100% de los costos de la prima mensual. Eso significa que el costo real podría ser de \$1 al mes por un total de \$14 al año, según el plan Silver elegido. Los gastos de bolsillo totales se limitarían a \$5,800 en 2022. Se pagaría un deducible de \$1500 y copagos por las tres visitas a los servicios de atención médica. En el caso de este accidente, el costo total sería \$14/año por la prima del seguro médico + \$1500 de deducible + 3 x \$25/visita deducible para un total de $\$14 + \$1500 + 75 = \$1,589$. Después de hablar con el centro de salud, se desarrolló un plan de pago de \$150/mes durante 11 meses.

El beneficio adicional de este escenario es que toda la familia estará cubierta por un seguro de salud para futuras visitas médicas preventivas, enfermedades o dolencias.

¿Mi empleador tiene que pagar por mis lesiones si me lastimo mientras trabajo?

Si ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo, su empleador puede ser responsable de ayudarlo con los salarios perdidos u otras adaptaciones. La mayoría de los empleadores están obligados por las leyes de cada estado a tener un seguro de compensación para trabajadores. Este tipo de seguro paga una parte del salario regular de un empleado mientras se recupera de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Todos los estados, excepto Texas, obligan a los empleadores a comprar un seguro de compensación para trabajadores.

Si se lesiona en el trabajo, dígame a su empleador/supervisor y discuta con ellos sus opciones para recibir salarios y ayuda para cubrir los costos de atención médica por la lesión.

Se pueden encontrar documentos adicionales en esta serie de Manejo del dinero en los EE. UU. en inglés y español en este sitio web: farmaid.org/cultivemos

Desarrollado por Maria Pippidis, Educadora de Extensión de Ciencias de la Familia y el Consumidor, Extensión Cooperativa de la Universidad de Delaware, Sheila Marshman, Profesora Asociada, SUNY Morrisville. Traducido por la Dra. Ivette Ruiz, Healing By Growing Farms, consultora de servicios agrícolas y Maria Gorgo, Penn State Extension.



Este trabajo está bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. Para ver una copia de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Debe proporcionar atribución si usa estos materiales, y puede usarlos solo con fines educativos. No puede vender ni modificar estos

materiales sin el permiso expreso de los autores.



Este trabajo fue financiado a través de la subvención Northeast Farm and Ranch Stress Assistance Network

coordinado por National Young Farmers Coalition. Este trabajo cuenta con el apoyo del proyecto Farm and Ranch Stress Assistance Network (FRSAN), subvención no. 2020-70028-32729 del Departamento de Agricultura de EE. UU., Instituto Nacional de Alimentación y Agricultura. Todas las opiniones, hallazgos, conclusiones o recomendaciones expresadas en esta publicación pertenecen al autor(es) y no deben interpretarse como representación de ninguna determinación o política oficial del USDA o del gobierno de los EE. UU.

Palabras Importantes Que Debe Saber

Centros de salud calificados federalmente (Federally Qualified Health Centers): son proveedores de atención médica basados en la comunidad que reciben fondos federales para brindar servicios de atención primaria. Encuentre el más cercano usando esta herramienta: <https://findahealthcenter.hrsa.gov/tool>

Tarifa de escala móvil (Sliding Scale Fee): la escala ofrece precios variables para productos o servicios basados en la capacidad de pago del cliente.

Proveedor de atención médica (Health Care Provider): es un profesional de la salud individual o una organización de centro de salud con licencia para brindar servicios de diagnóstico y tratamiento de atención médica.

Plan de pago (Payment Plan): es un acuerdo con el proveedor de atención médica para pagar los costos de la atención que debe dentro de un plazo prolongado.

Prima mensual (Monthly Premium): tarifa mensual pagada a una compañía de seguros o plan de salud para brindar cobertura de salud.

Deducible (Deductible): es una cantidad fija de dinero que una persona asegurada debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios de atención médica elegibles antes de que el plan de seguro comience a pagar los beneficios. Muchos planes permiten el acceso a servicios preventivos sin tener que pagar el deducible primero.

Copago (Copayment): es una cantidad fija por un servicio cubierto, pagado por un paciente al proveedor del servicio antes de recibir el servicio.

Coseguro (Coinsurance): el porcentaje de los costos que paga un paciente por el costo de los servicios de atención médica.

Tienda de comparación (Comparison Shopping): compare el precio de productos o servicios de diferentes proveedores antes de comprar.

Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Market Place): es un lugar (tanto en línea como en persona) donde los consumidores en los Estados Unidos pueden comprar planes de seguro médico privados individuales/familiares y recibir subsidios basados en los ingresos para que la cobertura y la atención sean más asequibles. (<https://www.cuidadodesalud.gov/>)

Subsidio (Subsidy): una suma de dinero otorgada por el gobierno para ayudar a un individuo a mantener el precio de un producto o servicio bajo o competitivo.

Documento de evidencia de cobertura (Evidence of Coverage Document): es el contrato legal entre usted y la compañía de seguros de salud. Describe qué servicios están cubiertos y los costos, explica cómo funciona el plan y qué puede hacer si tiene preguntas o inquietudes.

Beneficios para empleados (Employee Benefits): son una forma de compensación pagada por los empleadores a los empleados por encima de los salarios regulares. Los ejemplos incluyen primas de seguro de salud o de salud y/o discapacidad.

Explicación de los documentos de beneficios (Explanation of Benefits Document): es la explicación escrita de la compañía de seguros de salud con respecto a la información de los servicios de atención médica que les envía un proveedor de atención médica, que resume los servicios prestados, lo que pagó la compañía de seguros de salud y lo que debe pagar el paciente.

Seguro de compensación laboral (Workman's Compensation Insurance): la compensación de trabajadores o compensación de trabajadores es una forma de seguro que proporciona reemplazo salarial y beneficios médicos a los empleados lesionados en el curso del empleo a cambio de la renuncia obligatoria del derecho del empleado a demandar a su empleador por el agravio de negligencia.