

Seguro médico para usted

Información del plan de salud

Esta hoja informativa contiene información útil para ayudarle a comprender los planes de salud que se venden en Georgia Access.

DESCRIPCIÓN GENERAL

- Puede comprar e inscribirse en una variedad de planes médicos, conocidos como **Planes de Salud Calificados** (QHP, por sus siglas en inglés), de varias compañías de seguros en Georgia Access.
- Todos los planes están certificados por Georgia Access y cumplen con los requisitos federales y estatales, incluida la cobertura de los Beneficios esenciales de salud (EHB, por sus siglas en inglés).
- Cada plan tiene una página de **Resumen de Beneficios de Cobertura** (SBC) que detalla los beneficios y costos específicos. Revise el SBC para seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Si necesita ayuda para comprender qué cubre un plan, comuníquese con un agente o con la compañía de seguros.

¿Necesita cobertura dental?

También puede adquirir cobertura dental a través de Georgia Access. Algunos planes de salud ya lo incluyen como parte de los beneficios o puede comprar un plan dental independiente, conocido como Plan Dental Independiente (SADP, por sus siglas en inglés).

BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD (EHBs)

Todos los planes de salud disponibles a través de Georgia Access deben cubrir los siguientes EHB. Dado que todos los planes de Georgia Access ofrecen los mismos beneficios básicos integrales, es más fácil adquirir opciones y seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

1. Servicios para pacientes ambulatorios
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Atención al embarazo, maternidad y recién nacido
5. Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias
6. Medicamentos con receta
7. Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
8. Servicios de laboratorio
9. Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
10. Servicios pediátricos, incluida atención dental y de la vista

¿Sabía qué?

Todos los planes de salud deben incluir cobertura para ciertos servicios preventivos, como exámenes anuales, vacunas y evaluaciones. Por lo general, son gratuitos cuando consulta a un proveedor dentro de la red. Puede revisar la lista de servicios de prevención requeridos en cuidadodesalud.gov.

COSTOS COMPARTIDOS

- Al explorar sus opciones de cobertura de salud, puede seleccionar distintos niveles de metales. El nivel del metal identifica cuánto paga usted por los servicios de atención médica cubiertos frente a lo que paga la compañía de seguros (esto se conoce como costos compartidos). Existen cuatro niveles de metales: **Bronce, Plata, Oro y Platino**.
- **Los planes de salud catastróficos** son planes con deducibles altos, primas mensuales bajas y costos elevados de desembolso directo. Estos planes están disponibles si tiene menos de 30 años o si califica para una exención.
- Es importante comprender los costos y beneficios antes de inscribirse, ya que los costos de desembolso directo varían según el plan y algunos planes no tienen deducibles. La siguiente tabla presenta niveles estimados de costos compartidos según el tipo de plan.

Tipo de plan	En promedio, usted paga __ del costo total de la atención	En promedio, el plan paga __ del costo total de la atención	Prima mensual típica	Deducible habitual
Platino	10%	90%	Alta	Bajo
Oro	20%	80%	Alta	Bajo
Plata*	30%	70 %	Moderada	Moderado
Bronce	40%	60%	Baja	Alto
Catastrófico	Varía	Varía	Baja	Alto

*Puede ser elegible para ahorros adicionales que reduzcan sus costos de desembolso directo si cumple con los requisitos y se inscribe en un Plan Plata. Estas se conocen como reducciones de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés).

↳ TÉRMINOS ÚTILES

- El seguro de salud puede ser complicado, pero comprender algunos términos clave puede facilitar la comparación de costos y la elección del plan adecuado que satisfaga sus necesidades médicas y su presupuesto.
- Los copagos, deducibles, coseguros, primas y los límites máximos de desembolso personal determinan cuánto debe pagar usted, como consumidor, cuando recibe atención médica por servicios cubiertos. Los niveles de deducibles, copagos y coseguro varían según el plan. Los costos también dependen de si usted consulta a proveedores dentro o fuera de la red.

Término	Descripción	Ejemplo
Coaseguro	El coseguro es un porcentaje fijo que usted debe pagar cuando recibe atención médica, generalmente después de haber alcanzado su deducible. Su plan generalmente le factura su parte de los costos después de recibir la atención. Nota: El porcentaje de coseguro varía según el servicio cubierto y si recibe atención de un proveedor que pertenece o no a la red del plan.	<i>Usted acude a atención de urgencias y el costo total de la visita es de \$100. Su plan tiene un coseguro del 30% para visitas de atención de urgencias. Usted deberá pagar \$30 y su compañía de seguros pagará \$70.</i>
Copago	Un copago es una tarifa fija que usted debe pagar cuando recibe atención médica, generalmente después de haber alcanzado su deducible. Los copagos generalmente se pagan en el momento de la visita al médico o al surtir una receta. Nota: Los montos de copago varían según el servicio cubierto, como una visita al médico, medicamentos recetados, análisis de laboratorio o una visita a un especialista. También varían dependiendo de si recibe atención de un proveedor dentro o fuera de la red.	<i>Usted va a atención de urgencias y el costo total de la visita es de \$100. Su plan tiene un copago de \$25 para visitas de atención de urgencias. Deberá pagar \$25 y su compañía de seguros pagará \$75.</i>
Deducible	Un deducible es la cantidad fija de dinero que usted debe pagar primero por atención médica en un año antes de que su seguro comience a pagar. Una vez que su deducible esté completamente pagado (o “cumplido”), su compañía de seguros paga parte del costo de los servicios cubiertos por el resto del año. Nota: Algunos servicios, como la atención preventiva (por ejemplo, los exámenes anuales), están exentos de deducibles. Esto significa que la compañía de seguros paga el servicio incluso si aún no se ha alcanzado el deducible. Algunos planes no tienen deducible.	<i>El deducible de su plan es \$2.000. Aún no ha recibido atención médica este año y necesita acudir a un centro de atención de urgencias. El costo total de la visita es de \$100. Se le pedirá que pague el total de \$100.</i>
Dentro de la red	Dentro de la red se refiere a los médicos, hospitales y farmacias que una compañía de seguros contrata para brindar servicios de atención médica a los miembros inscritos en sus planes. Estos comúnmente se denominan “proveedores de red” o “proveedores preferidos”. Los proveedores que no tienen contrato con su plan se consideran “fuera de la red” y cuestan más.	<i>Necesita ir a un centro de atención de urgencias. Revise la lista de proveedores de atención de urgencias en la red de su plan para identificar uno cerca de usted.</i>
Límite máximo de desembolso	El desembolso máximo (o “MOOP”, por sus siglas en inglés) es el máximo que usted podría tener que pagar por atención médica cubierta en un año. Una vez que alcance este límite, su compañía de seguros cubrirá el 100% de los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red durante el resto del año. Nota: El MOOP no incluye sus primas mensuales y puede variar para cada plan. Para el plan del año 2026, el MOOP no puede exceder los \$10.600 para una persona o \$21.200 para una familia. Los consumidores que cumplen con los criterios de elegibilidad para las reducciones de costos compartidos pueden inscribirse en un plan Plata con un MOOP reducido.	<i>Usted va a un centro de atención de urgencias y el costo total de la visita es de \$100. Ya ha pagado \$10.600 en desembolsos médicos por el año, por lo que su compañía de seguros paga la factura completa de atención de urgencias de \$100.</i>
Prima	Una prima es la cantidad que usted paga a la compañía de seguros cada mes para mantener su cobertura de seguro médico. Nota: Debe pagar mensualmente para mantener su cobertura incluso si no recibe atención médica durante un mes.	<i>El costo total de su plan es de \$500/mes. Usted es elegible para subsidios federales que reducen sus costos, por lo que el monto de su prima mensual es de \$25. Usted paga esto a la compañía de seguros cada mes.</i>

Comuníquese con nosotros

26 de enero de 2026



Centro de contacto de Georgia Access: 888-687-1503 Línea TTY 711
Horarios: lunes a viernes: 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (excepto días festivos)
Sitio web: <https://georgiaaccess.gov/es/>