

Lo que debe saber al consultar a su médico

La mayoría de los planes de salud le ofrecen mejores ventajas cuando recibe los servicios de un médico que tiene un contrato con su plan (también conocido como proveedores dentro de la red). Usted podrá atenderse con un médico que no tenga un contrato con su plan (también conocido como proveedores fuera de la red), pero si lo hace, es posible que pague mayores costos de su propio bolsillo. Para conseguir la mejor oferta en servicios, es importante saber qué servicios cubre su plan médico.

¿Cubre a mi médico mi nuevo plan?

Para averiguar si sus médicos y otros proveedores de la salud están cubiertos por su nuevo plan del Mercado de seguros, o para encontrar un proveedor cubierto por su plan tome una de estas acciones:

1. Visite el sitio web de su plan y consulte el directorio de proveedores. Éste es la lista de médicos, hospitales y otros proveedores de la salud que tienen un contrato con el plan para brindarle servicios.
2. Llame a su compañía de seguro y pregúnteles sobre los proveedores específicos. El número aparece en su tarjeta del plan, en el sitio web del plan y en CuidadoDeSalud.gov.
3. Llame al consultorio de su médico. Ellos le pueden informar si aceptan su seguro.

¿Cubre mi plan médico los servicios que necesito?

Todos los planes de seguros médicos privados ofrecidos en el Mercado tienen el mismo conjunto de beneficios de salud esenciales. Estos son los servicios que todos los planes deben cubrir. Los beneficios esenciales de salud incluyen al menos los siguientes suministros y servicios:

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria se obtiene sin ser admitido en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía)

- Cuidados durante el embarazo, la maternidad y al recién nacido (cuidado antes y después de que nazca su bebé)
- Servicios de salud mental y el uso de sustancias de trastorno mental, incluyendo tratamiento de comportamiento (esto incluye el consejería y psicoterapia)
- Medicamentos recetados
- Servicios de rehabilitación y habilitación y dispositivos de (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, incapacidades o enfermedades crónicas adquiridas o recuperar las habilidades mentales y físicas)
- Servicios de laboratorio
- Los servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas
- Servicios pediátricos, incluyendo el cuidado dental y visión

Los beneficios de salud esenciales son los requisitos mínimos para todos los planes del Mercado. Los planes pueden ofrecer cobertura adicional. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, comuníquese con su plan.

Si tiene más preguntas, póngase en contacto con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deben llamar a 1-855-889-4325.

