

Encontrar y Seleccionar un Seguro

Mire adentro para obtener información sobre las opciones de inscripción, las sanciones y los términos claves que debe saber.

¿Qué es un Seguro? ¿Por qué lo Necesito?

El seguro de salud es un acuerdo hecho con una compañía de seguros para cubrir de manera conjunta los costos de su cuidado. Su plan es el contrato específico que define esta relación e identifica quien paga qué cantidad para los gastos de su atención médica. El lenguaje de plan define cuales médicos o proveedores están incluidos en su red y qué tipo de servicios médicos están cubiertos.

Los beneficios del seguro se proporcionan a usted por el asegurador, a cambio de una prima mensual que se paga si usted busca tratamiento o no. Además de esta prima, usted es responsable de pagar una parte de los costos reales relacionados con los servicios que recibe.

DATO BREVE

Cada plan de seguro médico debe incluir un resumen de beneficios y la cobertura que esboza su plan en un lenguaje fácil de entender.

La Importancia de Elegir el Plan Adecuado

Elegir el plan adecuado al principio puede afectar significativamente las opciones generales de atención, así como su salud financiera durante el año del plan. Al comparar beneficios de cobertura con los costos financieros le ayudará a entender las diferencias en las opciones del plan y le permitirá elegir el mejor plan para sus necesidades. **A veces la prima más barata puede significar en última instancia que usted estará pagando mucho más durante el año para su cuidado.**

Tenga en cuenta de los factores más allá de la cantidad de la prima cuando se considera el costo. Gastos de su bolsillo tienden a afectar el presupuesto familiar a la vez, más que como una factura que vuelve a ocurrir que puede ser presupuestado como las primas. Se necesitan pagar por adelantado algunos costos de su propio bolsillo como copagos de medicamentos recetados y no se pueden pagar a través del tiempo.

Es importante familiarizarse con los gastos extras de los copagos y montos de coaseguro asociados con servicios potenciales que pueda necesitar, tales como: atención rutinaria, atención especializada, atención de emergencia o costos de medicamentos recetados.

Además de los costos, al seleccionar un plan debe revisar de cerca y comparar tanto los beneficios básicos que se ofrecen y los

beneficios cubiertos adicionales para cada opción de plan. Es muy importante darse cuenta de las opciones que se ofrecen los proveedores dentro de la red del plan, incluyendo si su médico actual es miembro de la red. Usted también debe familiarizarse con las medicinas que está tomando para saber si están incluidos en la lista del plan de medicamentos aprobados o formulario.

Dado que cada plan ofrece un alcance diferente de los servicios cubiertos, también es importante estar familiarizado con los servicios médicos identificados que no serán pagados por su plan de seguro. Usted encontrará esto bajo lista de servicios no cubiertos o exclusiones de beneficios del plan. Si opta por recibir los servicios médicos que están excluidos, usted tendrá que pagar el costo total.



Vocabulario que Debe Saber

Proveedor:

Cualquier profesional de salud o centro de atención médica que tiene licencia o certificado como exige la ley.

Red:

Una combinación de las clínicas, profesionales de la salud y otros proveedores contratados para prestar servicios por su compañía aseguradora. Los proveedores se denominan **en la red** o **fuera de la red**, ya que se relaciona con su plan de seguro.

Costo compartido:

El término general que se refiere a la cantidad combinada usted es responsable de pagar cuando se accede a la atención, incluido el coaseguro, los copagos y deducibles.

Deducible:

La cantidad de dinero que debe pagar antes de que el seguro de salud comience a pagar su parte.

Co-pago:

Una cantidad fija que usted paga por un servicio de salud o de medicamentos, debido al momento de recibir el servicio. Estos no se cuentan hacia el cumplimiento de su deducible anual.

Co-seguro:

Un porcentaje del costo total del servicio recibido, y se aplica una vez que haya cumplido con su deducible.

Gasto Máximo fuera de Bolsillo:

Un límite anual en la cantidad total de dinero que deben pagar como parte de sus costos compartidos para los costos de salud cubiertos, sin incluir la prima mensual.

Formulario:

Una lista de los medicamentos con receta, tanto de marca y genéricos, que están disponibles a través de su plan de salud.

Su plan de salud sólo pagará los medicamentos enumerados en el formulario.



DATO BREVE

Si usted tiene Medicare, Medicaid, CHIP, cualquier plan de empleo, COBRA, seguro TRICARE o está inscrito en el plan de salud de la Administración de Veteranos, ya está cubierto para la asistencia de salud que satisface el requisito legal.

DATO BREVE

Si opta por pagar la multa en lugar de obtener un seguro de salud, usted también será responsable de pagar el 100% de sus costos de atención médica.

¿Puedo ser Penalizado Si No Consigo un Seguro?

Sí. En virtud de la Ley de Asistencia Asequible (ACA), todos los individuos son responsables de mantener una cantidad mínima de seguro a todo riesgo, incluyendo a bebés, niños y adultos. Las tarifas serán evaluadas anualmente durante la temporada de impuestos a los adultos que optan por permanecer sin seguro e imponerse a los guardianes adultos de hijos menores de edad que se quedan sin seguro.

Exenciones de Penalización

Usted puede estar exento

Si la cobertura individual de menor precio disponible para usted es más de un 8% de su ingreso bruto de los hogares, o si usted no tiene seguro menos de tres meses del año, usted puede calificar para una exención de la multa por dificultad. Para obtener una lista completa de las dificultades y otras exenciones de miembros del grupo, visite www.cuidadodesalud.gov.



¿Dónde Puedo Encontrar Opciones de Seguro?

Usted puede inscribirse o adquirir un seguro a través de muchos medios diferentes, incluyendo:

- Un plan de seguro subsidiado por el empleador
- El mercado individual o intercambio de su estado
- A través de plan de un cónyuge o miembro de a familia
- A través del plan de sus padres si es menor de 26 años
- Directamente a través de una compañía aseguradora o un corredor de seguros
- Un plan patrocinado por el gobierno, como Medicare o Medicaid, si es elegible
- Administración de beneficios militares o de Veteranos (VA), si es elegible

Cada estado tiene un mercado en línea para su seguro de salud comercial. El Mercado de cada Estado debe ofrecer planes diseñados para satisfacer la variedad y muchas necesidades de presupuesto y de salud, así como proporcionar la cobertura que cumple con los mínimos definidos. Usted puede encontrar enlaces de

web del mercado de cada estado en www.cuidadososalud.gov.

Otra opción de considerar es la compra de un seguro de salud directamente de una compañía privada de seguros, un vendedor de seguros en la red, un agente o corredor. Póngase en contacto con las aseguradoras directamente para discutir las opciones.

Si tiene más de 65 años, ha sido diagnosticado con ciertas condiciones médicas, o ha sido considerado incapacitado por la Administración de Seguro Social, usted puede ser elegible para Medicare, un programa de seguro federal. Información adicional se puede encontrar en www.es.medicare.gov.

Usted puede ser elegible para Medicaid, que es un programa estatal de mandato federal para personas de bajos ingresos, las familias y los niños, las mujeres embarazadas, los ancianos y las personas incapacitadas. Usted debe figurar en una categoría de cobertura y cumplir con los requisitos de ingresos y bienes. Información adicional se puede encontrar en www.medicaid.gov.



¿Hay Algo Más que Necesito?

Aunque los nuevos planes deben tener una cantidad mínima de cobertura en cada uno de los beneficios de salud esenciales, la cantidad exacta de la cobertura puede variar dependiendo del plan real que usted elija. Usted tiene opciones para cobertura adicional y reembolso financiero a través de planes suplementarios si así lo desea.

Se pueden utilizar **Pólizas de Seguro Suplementario** para cubrir las diferencias para los gastos directos de su bolsillo después de que paga el seguro primario o por artículos que no están cubiertos por su plan de seguro de salud. Algunas pólizas ofrecen beneficios en efectivo que se pueden aplicar a los gastos prácticos como transporte y alojamiento. Estos planes se nombran generalmente para situaciones específicas o para diagnósticos en particular y pueden presentarse como "accidente", "cáncer" o "planes de indemnización de hospital".

Cuidado **dental** y de **visión** no son beneficios esenciales para los adultos, y por lo tanto no están incluidos en la mayoría de los planes de seguro. Usted tendrá que comprar una póliza separada específicamente para cubrir este tipo de atención.

Considere la compra de un plan suplementario si es probable enfrentarse a una dificultad financiera causada por el pago de sus facturas médicas de gastos fuera de bolsillo o de experimentar una ausencia sin sueldo debido a una enfermedad. Sin embargo, antes de elegir una póliza suplementaria, asegúrese de que entiende los beneficios, así como las limitaciones del plan, y compárelos contra el monto de la prima.

Un Plan Suplementario por sí solo no va a satisfacer el requisito ACA de tener seguro médico y sólo debe ser comprado, además de un plan de salud integral.

¿Cuáles son los Beneficios de Salud Esenciales?

La ACA requiere que todos los nuevos planes de seguros ofrecen cobertura básica dentro de cada categoría de cuidado para que se considere integral. Estos beneficios incluyen:

- ✦ Los servicios preventivos y bienestar
- ✦ Manejo de enfermedades crónicas
- ✦ Servicios Ambulatorios
- ✦ Servicios de emergencia y hospitalización
- ✦ Servicios de laboratorio, el embarazo, la maternidad y el cuidado del recién nacido
- ✦ Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias
- ✦ Servicios Pediátricos, incluyendo pediatría dental y visión
- ✦ Los medicamentos recetados, incluyendo el nombre de marca y medicamentos genéricos
- ✦ Rehabilitación, servicios de habilitación y dispositivos médicos

Ayuda con Inscripción

La mayoría del proceso de inscripción de seguro se puede finalizar en línea o por teléfono, lo que permite un procesamiento más rápido. Muchos mercados estatales ofrecen asistencia telefónica gratuita las 24 horas del día. Además, las comunidades también pueden ofrecer asistencia en persona para inscribirse en el mercado con un navegador o asistente certificado. Para encontrar una lista de organizaciones locales o de números de teléfono de los que ofrecen ayuda personal en su área, visite www.cuidadososalud.gov.



¿Qué es la Inscripción Abierta?

La inscripción abierta es cuando los consumidores pueden inscribirse o hacer cambios a su cobertura cada año. **Una vez que este período termine, usted tiene que esperar hasta el próximo período de inscripción anual para hacer cambios de cobertura**, a menos que tenga un evento de vida calificado como el matrimonio, el divorcio, un nuevo bebé o mudarse a otro estado.

Muchas compañías de seguros están implementando períodos de inscripción abierta que coinciden con períodos de mercado estatales, que ocurre generalmente en el otoño. Planes patrocinados por el empleador pueden elegir su período de inscripción abierta en cualquier momento durante el año.

Sin embargo, si usted o su familia cumplen con los requisitos de elegibilidad para el programa Medicaid de su estado o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) puede inscribirse en cualquier época del año a través del mercado estatal o directamente con la oficina de Medicaid de su estado.

¡Uy! Perdí la Oportunidad de la Inscripción Abierta

Si se vence el plazo para el período de inscripción abierta, sólo se puede comprar o elegir un plan diferente si usted califica para un período de inscripción especial. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción.

DATO BREVE

Si usted está sin cobertura de seguros durante sólo una parte del año, sólo será responsable para 1/12 de la multa anual para cada mes más allá de tres meses que no tenga cobertura. Si desea cobertura para iniciar el 1 de enero, debe terminar su inscripción antes del plazo de inscripción de invierno del año anterior.



DATO BREVE

Cualquier plan de mercado en que se inscribe mediante un período especial de inscripción finaliza el 31 de diciembre. Esto es cierto independientemente de cuándo se inicia la cobertura.

No Puedo Presupuestar las Primas Mensuales

Usted puede calificar para asistencia financiera para un plan de mercado si cumple con alguna de estas dos condiciones:

1 Si realiza (ganancias u otros ingresos) entre 100% y 400% del nivel Federal de Pobreza (FPL) y se inscribe en un plan de mercado en su estado, usted puede calificar para recibir asistencia en un **Crédito Fiscal** anticipado para la prima. Si califica, el gobierno paga una cantidad hacia su prima directamente a la aseguradora en su nombre. Esto puede ayudarle a pagar un seguro de salud y se puede utilizar de inmediato para reducir sus primas mensuales. También puede elegir que le acredite a usted el monto cuando presente su declaración de impuestos federales.

DATO BREVE

Usted puede obtener estimaciones rápidas de primas antes de completar una solicitud en la página web cuidadodesalud.gov. Visite al www.cuidadodesalud.gov/es/have-coverage/

2 Si su ingreso anual es igual o inferior a 250 por ciento del nivel de FPL, usted puede calificar para una reducción en sus gastos de bolsillo asociados con su plan de seguro incluyendo sus deducibles, copagos y coaseguros. Esta ayuda, denominada Reducción de los Costos Compartidos, está destinado a asegurar que es asequible para utilizar sus beneficios del plan cuando necesita atención.

Juntando su Información

Usted tendrá que proporcionar la siguiente información al completar una aplicación:

- 1** Números de Seguro Social (o números de documento para los inmigrantes legales)
- 2** Fechas de nacimiento para usted y los miembros de la familia
- 3** Información de contacto del empleador e información de salarios, en su caso, para cada miembro del hogar

4 Información sobre las fuentes de ingresos adicionales, si los hay

5 Información sobre las pólizas de seguro de salud actuales, incluyendo esta información para los niños u otros miembros de la familia que serán cubiertos

Es importante que lea la información acerca de la elegibilidad y la asistencia financiera que se presenta en esta etapa.

Haciendo una Selección



Al Elegir un Plan:

Evalúe sus necesidades médicas actuales y la historia médica familiar, tomando en cuenta de la frecuencia de visitas al médico, atención especializada y recetas, junto con las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuánto quiere gastar en medicamentos que está tomando actualmente?
- ✓ ¿Cuál es su ingreso familiar actual y algunos cambios previstos?
- ✓ ¿Cuánto puede pagar para gastos médicos de fuera del bolsillo considerando otras obligaciones presupuestados?

- ✓ ¿Cuáles son las cantidades de deducible que tendrían que pagarse antes de que el seguro comience?

Tenga en cuenta que el pago de una prima un poco mas alto en un plan que ofrece gastos de su bolsillo bajos y un mayor porcentaje de cobertura en todo el año puede llegar a ser más rentable en el largo plazo. *Considere la posibilidad de hacer una maestra de un presupuesto o el uso de una tabla de comparación para evaluar sus opciones de planes.*

Opciones de Cobertura de los Planes del Mercado:

Planes del mercado se clasifican por niveles de metal para ayudar a distinguir fácilmente los niveles de cobertura. Cada plan está diseñado para pagar un porcentaje del total de los gastos médicos hasta su límite de gastos de su bolsillo.

Después de llegar al límite de gastos de su bolsillo de su plan, cada plan pagará el 100% de la cantidad negociada del plan para atención médica cubierta.



DATO BREVE

No hay pólizas familiares que se venden a través del mercado. Cada consumidor recibe cobertura de seguro como individuo y tiene su propia póliza, incluso si los planes se compran al mismo tiempo. La única excepción es para los cuidados del recién nacido, que será cubierto temporalmente bajo la política de la madre.

¿Por qué Debo Considerar un Plan Catastrófico?

Si usted tiene menos de 30 años de edad o si usted tiene lo que se define como una "exención por dificultad," usted puede ser elegible para comprar un plan que ofrece cobertura para accidentes o enfermedades graves o inesperados, pero tiene una **cobertura muy mínimo** para las necesidades de salud de todos los días o tratamiento para condiciones crónicas.

Este tipo de plan tiene una prima más baja, pero tiene un deducible alto de varios miles de dólares que necesita para cumplir antes de que su compañía de seguros comience a pagar su parte del costo.

Si usted tiene la opción de un plan catastrófico del mercado, usted **no** será elegible para un crédito fiscal o asistencia financiera basada en sus ingresos. **Planes catastróficos proporcionan servicios a un nivel por debajo del plan de Bronce y deben ser considerados cuidadosamente antes de la selección.**



Recursos Útiles

Estas herramientas pueden ayudarle a evaluar sus opciones de seguro.

Lista de Verificación del Seguro para Cáncer

www.cancerinsurancechecklist.com/es/

Esta guía le ayudará a encontrar un plan que satisfaga sus necesidades de salud y presupuesto en las hojas de trabajo fáciles de entender, incluso si usted no tiene un diagnóstico de cáncer.

Seguros de Salud del Mercado - Consejos para Elegir un Plan

www.cuidadodesalud.gov/es

Con información de vídeo y texto, este recurso refleja las áreas importantes a considerar al elegir un plan, incluyendo cantidad de cobertura, primas mensuales, la red de proveedores y gastos de su bolsillo.

Informes de los Consumidores

Estos dos artículos de Informes del Consumidor son dos herramientas favorables para los consumidores que pueden ser útiles al momento de decidir qué producto del seguro es mejor para usted.

Cómo Escoger un Plan de Seguro

www.consumerreports.org/cro/2012/09/understanding-health-insurance/index.htm

Anatomía de un Resumen y Formulario de Beneficios

www.consumerreports.org/health/resources/pdf/SBCinfo.pdf

¿Necesita Más?

El seguro es una gran decisión y puede afectar su salud física y financiera en el próximo año. Si Ud. tiene alguna pregunta a lo largo del tiempo, busque la ayuda de un Conserjero, Defensor o Profesional Licenciado de Seguros.



¿Ahora Qué?



Su seguro no entra en vigencia hasta que se haya presentado tanto su solicitud y pago de la prima del primer mes. Una vez que ambas cosas ocurren, espere recibir su tarjeta de seguro y otra documentación

relacionada con su plan. Una vez inscrito, es muy importante que usted pague cada uno de los pagos de las primas mensuales a tiempo para mantener la cobertura.

¡Empiece a Usar sus Beneficios de Seguro!

No tenga miedo de usar sus beneficios del plan. La detección temprana y la atención de salud rutinaria son especialmente importantes para mantenerse saludable durante todo el año.

Si su compañía de seguro de salud no paga algún servicio médico específico, usted tiene derecho a apelar la decisión de la compañía.

Aproveche de chequeos anuales, incluyendo la atención preventiva para ayudar a prevenir una enfermedad.

Siempre lleve su tarjeta de seguro con usted cuando usted visite a su médico, hospital o farmacia. Asegúrese de actualizar su información para que sea correcto su archivo de paciente.

Siempre confirme que se acepta su seguro y está dentro de la red, tanto para el proveedor de servicios médicos y para la ubicación de la oficina que está tratando a Ud.

