

## INTRODUCCIÓN

Cada año, los consumidores pueden inscribirse en la cobertura de seguro de salud o cambiar su plan de seguro de salud. Elegir el plan de salud adecuado puede resultar difícil y abrumador. No obstante, es crucial que las personas elijan un plan que puedan pagar y les brinde acceso a los proveedores y servicios que necesitan. Este conjunto de herramientas está destinado a socios comunitarios, asistentes y demás personas que ayudan a los consumidores a inscribirse en una cobertura o cambiar de plan.

### **Antes que elegir un plan, es posible que los consumidores deseen revisar:**

- [Administrar sus costos de atención de salud](#): Este recurso consta de una serie de herramientas que ayudan al consumidor a comprender los costos y términos del seguro de salud, conocer sus costos específicos de seguro de salud, planificar los costos de la atención de salud y saber cómo pagar sus primas.

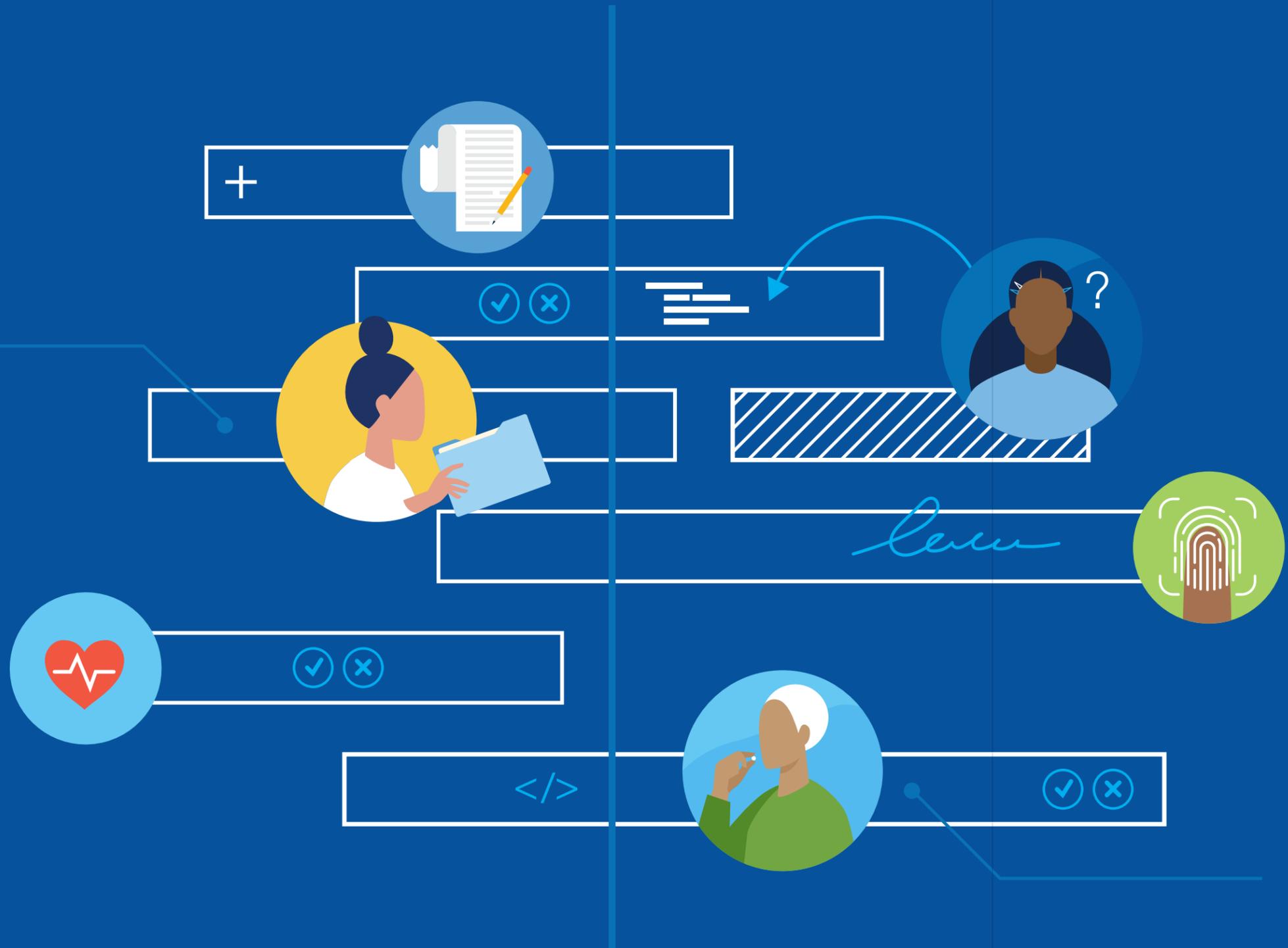
### **Luego de que los consumidores hayan elegido un plan, incentívelos a usar:**

- [Un panorama de mi cobertura de salud](#): El objetivo de esta herramienta es que sea personalizada por los consumidores, de modo que se adecúe de manera específica a sus planes de salud. Puede ayudar a los consumidores a comprender sus planes, los montos que pagan por atención de salud y adónde dirigirse. Todo en una sola página.
- [Guía para una mejor atención](#): Este recurso define lo que es una cobertura de salud y la manera de usarla para obtener atención primaria y servicios preventivos.

Para acceder a más recursos y herramientas de socios para consumidores, visite Coverage to Care (C2C) en [go.cms.gov/c2c](https://go.cms.gov/c2c).

# TABLA DE CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| <b>La cobertura es importante y asequible</b> .....                                    | 4  |
| Beneficios de la cobertura .....   | 4  |
| Asequibilidad .....  | 6  |
| Cobertura esencial mínima .....  | 6  |
| <b>Antes de elegir un plan</b> .....   | 9  |
| Beneficios esenciales para la salud .....  | 9  |
| Términos clave en relación con la salud .....  | 10 |
| Comprender y planificar los costos de salud .....                                      | 12 |
| Asistencia financiera .....  | 12 |
| <b>Contar con información antes de inscribirse</b> .....                               | 18 |
| Tipos de planes .....  | 18 |
| Tipos de redes de proveedores .....  | 22 |
| Cobertura para trastornos relacionados con el uso<br>de sustancias y la conducta ..... | 23 |
| Recetas .....  | 23 |
| Cobertura adicional: odontología y visión .....  | 26 |
| <b>Pasos a seguir luego de inscribirse</b> .....                                       | 29 |
| Confirmar la cobertura .....   | 29 |
| Pagar su prima .....   | 30 |
| Solicitar una cita y completar recetas .....   | 30 |
| Mantenerse actualizado .....   | 31 |
| <b>Información para consumidores con<br/>circunstancias especiales</b> .....           | 32 |
| Nativos norteamericanos y de Alaska .....  | 32 |
| Habitantes que no hablan inglés .....  | 35 |
| Inmigrantes .....  | 36 |
| <b>Recursos para otros habitantes</b> .....  | 40 |



# 1. LA COBERTURA ES IMPORTANTE Y ASEQUIBLE.



Cuando decimos "cobertura", nos referimos a los derechos legales que el consumidor tiene por el pago o reembolso de sus costos de atención de salud. Generalmente se ofrece a través de:

- Compañías de seguros de salud
- Planes de salud grupales ofrecidos en relación con el empleo
- Programas gubernamentales como Medicare, Medicaid, o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)

## Beneficios de la cobertura

Si el consumidor con el que trabaja no sabe con exactitud el motivo por el que debería obtener la cobertura, explíquelo que cobertura es sinónimo de seguridad. Personalícelo. A continuación se muestran ejemplos:

- Explique que necesitan la cobertura para acceder a la atención que necesitan y preservar así la salud para sus seres queridos.
- Dígales que juntos pueden encontrar un plan que cumpla con sus presupuestos y necesidades de atención de salud.
- Haga preguntas como: ¿Alguna vez pensaron que tenían que visitar a un médico pero no lo hicieron? ¿La decisión de no ir se relacionaba con el costo? ¿Tienen miedo de que les descubran algún problema y el costo que eso pueda implicar?
- Explique cómo enterarse de esto con anticipación es mejor para su salud y presupuesto. Si conoce alguna condición crónica en particular, personalice la conversación. Por ejemplo, hable con un paciente con diabetes sobre el costo de la insulina y la necesidad de controlar otras enfermedades relacionadas con esta.
- En el caso de los jóvenes, recuérdelos los costos de los tratamientos de enfermedades y lesiones, así como encontrar una cobertura asequible luego de los 26, edad en la que posiblemente ya no puedan permanecer bajo el plan de sus padres.
- Enfatice que contar con una cobertura alivia el estrés de buscar y pagar por servicios de atención de la salud cuando se enferman.



Los consumidores necesitan cobertura de manera que puedan obtener la atención necesaria para preservar la salud.

## Asequibilidad

El 87 % de las personas que seleccionaron el plan Marketplace el año pasado, calificaban para obtener ayuda financiera para disminuir sus gastos de bolsillo. Sin embargo, muchas personas no solicitaron una cobertura porque pensaban que no podrían pagarla. Recuerde a los consumidores que la única manera de saber si califican para obtener ayuda es solicitando admisión en Marketplace o sus agencias estatales de Medicaid.

## Cobertura esencial mínima

Las personas correspondientes deben mantener una cobertura esencial mínima todos los meses. En los años fiscales anteriores, los consumidores sin cobertura tenían que pagar la Disposición de la Responsabilidad Compartida para Individuos (una tarifa por no tener cobertura durante todo el año o una parte del mismo). A partir del 1 de enero de 2019, la tarifa se redujo a \$0, pero aun así las personas deben mantener la cobertura.

### ¿Qué se incluye dentro de la cobertura esencial mínima?

Los planes de salud calificados en Marketplace cumplen con estas normas. También lo hacen TRICARE, el programa de atención de salud para veteranos, Medicare Part A, Medicaid, cobertura para Voluntarios del Cuerpo de Paz (Peace Corps Volunteer) y la cobertura basada en el trabajo. La cobertura esencial mínima no incluye los planes que proporcionan solo beneficios limitados. Por ejemplo, la cobertura solo para atención odontológica o de la vista, Medicaid solo para ciertos beneficios como planificación familiar, así como las indemnizaciones laborales o la discapacidad, no cumplen con estas normas. Para saber la cobertura que califica, visite: [CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/fee](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/fee).

Algunos consumidores están exentos de este requisito si alguna de las siguientes condiciones aplican a sus casos:

- No tuvieron seguro en menos de 3 meses del año.
- La cobertura con el menor precio disponible costaría más del 8 % de sus ingresos familiares.
- No tienen que presentar una declaración de impuestos ya que sus ingresos son demasiado bajos.
- Son miembros de una tribu reconocida a nivel federal o califican para obtener servicios a través de un proveedor de Indian Health Service.
- Son miembros de un ministerio de atención de la salud compartida reconocido.
- Son miembros de una secta religiosa reconocida que tiene objeciones religiosas con respecto a los seguros, incluidos Seguro social y Medicare.

- Están encarcelados (ya sea detenidos o en prisión), y no están detenidos en espera de la disposición de los cargos.
- No se encuentran presentes de manera legal en los EE. UU.
- Califican para una exención por dificultades económicas.

Incentive a los consumidores a solicitar una cobertura incluso si creen que están exentos. Una vez que ven que es posible obtener una cobertura asequible, es probable que decidan tener la tranquilidad mental y el acceso de atención de salud asequible que les brinda el hecho de estar asegurados. Hay más recursos al final de esta sección a continuación que explican 1) qué califica para una exención y 2) cómo pueden solicitarla los consumidores.

## ¿Necesita más información?

- Recursos de Coverage to Care: [go.cms.gov/c2c](https://www.go.cms.gov/c2c)
- Administrar sus costos de atención de salud: [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/C2C-Manage-Your-Healthcare-Costs-508.pdf](https://www.CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/C2C-Manage-Your-Healthcare-Costs-508.pdf)
- Ingresos que califican para costos más bajos: [CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/)
- Cómo estimar ingresos para Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report)
- De qué manera afecta la cobertura de salud a sus impuestos: [CuidadoDeSalud.gov/es/taxes](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/taxes)
- Dónde y cómo obtener una exención: [IRS.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-exemptions](https://www.IRS.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-exemptions)
- Calificar para una exención por dificultades económicas: [CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage/exemptions/forms-how-to-apply](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage/exemptions/forms-how-to-apply)
- Cobertura de salud para jóvenes: [CuidadoDeSalud.gov/es/young-adults/coverage](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/young-adults/coverage)
- Aplicación web MyHealthfinder para recomendaciones personalizadas sobre atención preventiva: [Health.gov/espanol/myhealthfinder](https://www.Health.gov/espanol/myhealthfinder)
- Localizador de tratamientos y recursos para servicios de atención a los trastornos de la salud mental y el uso de sustancias: [Espanol.mentalhealth.gov](https://www.Espanol.mentalhealth.gov)

Los consumidores necesitan comprender cómo presupuestar los costos de la atención de la salud, que incluyen primas y deducibles, en su presupuesto familiar habitual.



## 2. ANTES DE ELEGIR UN PLAN



Es posible que las personas que se inscriben por primera vez en una cobertura de salud no comprendan los términos de la cobertura del seguro de salud. También necesitan comprender cómo presupuestar los costos de la atención de la salud, que incluyen primas y deducibles, en su presupuesto familiar habitual. Para ayudarlos con esa información, incentívelos a revisar [Guía para una mejor atención](#) y [Administrar sus costos de atención de salud](#).

Lleve tranquilidad a los consumidores explicando que, aunque cada plan es diferente, los planes de Marketplace deben cumplir con ciertos estándares mínimos.

### Beneficios esenciales para la salud

- Los planes deben incluir cobertura para 10 beneficios esenciales para la salud.
- También cubren muchos servicios preventivos como revisiones médicas y vacunas que no implican gastos de bolsillo para el consumidor, lo que significa que no hay copagos, coseguros ni deducibles.
- Converse con los consumidores para conocer qué más necesitan (como recetas) y considere esta información al comenzar a comparar planes.

### ¿Qué son los beneficios esenciales para la salud?

Los beneficios esenciales para la salud son tipos de atención de la salud que deben estar cubiertos por los planes de Marketplace. Incluyen:

1. Atención ambulatoria: atención que una persona recibe sin ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado
2. Servicios de emergencia
3. Tratamiento en el hospital para atención de pacientes hospitalizados
4. Atención previa y posterior al nacimiento de un bebé
5. Servicios de atención a los trastornos de la salud mental y el uso de sustancias
6. Medicamentos con receta
7. Servicios y dispositivos para ayudar a una persona en caso de que esté lesionada o padezca una discapacidad o condición crónica, o para ayudarla a recuperar funciones (servicios de habilitación y rehabilitación)
8. Estudios y servicios de laboratorio
9. Servicios preventivos que incluyen asesoramiento, revisiones médicas y vacunas para preservar la salud y controlar una enfermedad crónica
10. Servicios pediátricos adaptados a las necesidades de los niños para asegurar que crezcan y se desarrollen adecuadamente, lo que incluye atención odontológica y de la visión para niños

## Términos clave en relación con la salud

Es posible que los consumidores no comprendan términos habituales relacionados con la atención de la salud, como prima, copago y deducibles. A continuación, se explican algunos términos clave:

### Primas

Las primas son el monto mensual que un consumidor paga por el seguro de salud. Explique que los consumidores pagarán sus primas al plan de seguro independientemente de si usen o no los servicios de atención de la salud. Recuérdeles que es importante pagar sus primas para conservar la cobertura.

### Copago

Un copago es un monto fijo que un consumidor paga por un servicio o suministro de atención de la salud que se encuentra cubierto. Los copagos generalmente son un monto establecido (por ejemplo, \$15 por turnos de atención primaria y \$35 para turnos de atención médica especializada). Indique el monto del coseguro para cada servicio. Es posible que algunos tipos de coberturas (como Medicaid) no tengan coseguros. Mencione que los coseguros pueden diferir según el tipo de atención o servicio que se brinde al consumidor (por ejemplo, la atención primaria, la atención con un especialista, el servicio de urgencias y los medicamentos con receta de marca o genéricos pueden tener copagos diferentes).

Diríjase a la [Sección 3](#) para obtener más información sobre cómo conversar con los consumidores sobre los costos de la cobertura de medicamentos recetados.

### Coseguro

El coseguro es el porcentaje de costos del consumidor por un servicio de atención de la salud cubierto, luego de que el consumidor pagó el deducible. Es diferente al copago. Es un porcentaje del monto total permitido para el servicio y no un monto determinado en dólares. Por ejemplo, si el costo de un turno médico con un especialista es \$180 y el consumidor es responsable de pagar el 20 % de coseguro, pagará \$36.

### Deducible

El deducible es el monto en dólares que los consumidores deben pagar por los servicios de atención de la salud cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar por la atención. Es posible que el deducible no aplique a todos los servicios. Por ejemplo, en todos los planes de Marketplace, el deducible no aplica a servicios preventivos. Es probable que otros planes no tengan un deducible para atención primaria o medicamentos con receta. Es posible que diferentes planes tengan diferentes montos deducibles para servicios específicos, por lo que los consumidores deben conocer los deducibles antes de elegir un plan. Coménteles que sus planes llevarán un registro de lo que han pagado en torno a los deducibles, pero que ellos también deben llevar un registro.

## Gasto de bolsillo límite

El gasto de bolsillo límite es el monto máximo que los consumidores tendrán que pagar por los servicios de atención de la salud cubiertos en un plan anual. Después de que un consumidor gaste este monto en deducibles, copagos, y coseguros por la atención y los servicios dentro de la red, su plan de salud paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos. Uno de los beneficios de contar con cobertura es que los consumidores están protegidos de pagar costos muy elevados debido al gasto de bolsillo límite. Una vez que alcanzan este límite, sus planes pagarán el 100 % del resto de la atención de la salud cubierta que necesiten.



Solo **1** de **3** consumidores comprenden los términos clave del seguro de salud.

Recuerde a los consumidores que pueden calificar para obtener una [reducción de costos compartidos](#) que disminuye aún más sus gastos de bolsillo máximos. En esta sección hay más información sobre cómo presentar una solicitud.

Hable sobre los tipos de costos para conocer las preferencias del consumidor. Es probable que algunos prefieran pagar un monto menor cada mes, incluso si sus copagos son un poco más elevados. Los consumidores pueden filtrar los planes según la categoría del plan, las primas, o los costos de bolsillo para encontrar uno que satisfaga sus necesidades. Por ejemplo, si lo más importante es conseguir una prima baja, los consumidores pueden ver planes clasificados desde los precios de primas más bajos a los más altos.

Converse sobre los montos o gastos mensuales y las opciones asequibles. En caso de que los consumidores no estén seguros sobre el plan en el que se inscribirán, incentíuelos a conversarlo con familiares y amigos de confianza para conocer los planes que satisfacen sus necesidades de atención de salud y presupuesto.

## Comprender y planificar los costos de salud

Muchas personas piensan que no pueden solventar la cobertura y no saben que pueden disponer de asistencia financiera. Incentive siempre a los consumidores a solicitar asistencia financiera, incluso aunque piensen que no cumplen con los requisitos, para estar seguros.

Hable sobre los créditos fiscales, las reducciones de costos compartidos, Medicaid, CHIP, y protecciones para Nativos norteamericanos y de Alaska, así como miembros de tribus reconocidas a nivel federal y suscriben a la Ley de Arbitraje de las Reclamaciones de los Indígenas de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act, ANCSA). Coménteles que disponen de ayuda para las personas y familias con ingresos familiares más bajos que cumplan con los requisitos.

Los consumidores generalmente tienen preguntas sobre la administración de los costos de la atención de la salud. Algunos consumidores pueden temer usar sus coberturas porque no saben con seguridad el costo de la atención y si pueden solventar la atención que necesitan. [Administrar sus costos de atención de salud](#) de C2C puede ayudarlo a proporcionar recursos para ayudar a los consumidores a comprender los costos relacionados con su cobertura de salud. Si bien estas herramientas son principalmente para consumidores que no están seguros de poder solventar el uso de su cobertura de salud actual, quienes no tienen cobertura también pueden beneficiarse. Ayudar a los consumidores a elegir el plan que pueden solventar y conocer los posibles costos, los ayudará a utilizar su cobertura para preservar la salud.

## Asistencia financiera

Se dispone de diferentes tipos de asistencia financiera para los consumidores según sus ingresos. Incentive siempre a los consumidores a solicitar asistencia financiera. De esa manera, se asegurarán de saber si cumplen con los requisitos, y en caso de ser así, el monto de asistencia que pueden recibir. Los requisitos para ser admitidos se basan en el nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) que varía todos los años y es diferente en Alaska y Hawái. Para encontrar información actualizada sobre el FPL, visite [ASPE.hhs.gov/poverty-guidelines](https://ASPE.hhs.gov/poverty-guidelines).

Utilice la [calculadora](#) en HealthCare.gov para saber si un consumidor califica para recibir asistencia financiera y en caso de ser así, qué monto se ahorrarán.

## Porcentajes aplicables de créditos fiscales para la prima bajo la legislación anterior y la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (American Rescue Plan, ARP)

| Rango de ingresos (% del FPL) | Rango de porcentajes aplicables para 2021 bajo la legislación anterior | Rango de porcentajes aplicables para 2021 y 2022 bajo la ARP. |
|-------------------------------|--|---|
| 100 % – 133 %                 | 2,07 %   | 0 %   |
| 133 % – 150 %                 | 3,10 % – 4,14 %  | 0 %   |
| 150 % – 200 %                 | 4,14 % – 6,52 %  | 0 % – 2 %   |
| 200 % – 250 %                 | 6,53 % – 8,33 %  | 2,0 % – 4,0 %   |
| 250 % – 300 %                 | 8,33 % – 9,83 %  | 4,0 % – 6,0 %   |
| 300 % – 400 %                 | 9,83 %   | 6 % – 8,5 %   |
| 400 % y superior              | NA   | 8,5 %   |

*El porcentaje aplicable es la parte del ingreso de un consumidor que generalmente debe pagar para un plan de referencia (segundo costo más bajo Silver) con el crédito fiscal para la prima. Dentro de los rangos que se muestran, el porcentaje aplicable aumenta de manera lineal.*

Es probable que los consumidores que recibieron una indemnización por desempleo en 2021 cumplan con los requisitos para obtener un crédito fiscal para la prima que cubra el costo total de la misma para el plan de referencia de Marketplace para la reducción total por familia y ahorros de costo, independientemente del monto de ingreso familiar real del contribuyente e incluso si están bajo un FPL del 100 %.

## Créditos fiscales para la prima

Los créditos fiscales para la prima ayudan a las personas con ingresos familiares particulares a solventar la cobertura de salud a través de Marketplace. Mientras menor sea el ingreso, mayor será el monto del crédito al que podrán acceder. El crédito reduce los pagos mensuales de la prima. Los consumidores pueden solicitar el crédito ya sea 1) antes de pagar sus primas, de modo que pagan menos por mes, o 2) al presentar impuestos para que les devuelvan el dinero a fin de año.

Comente a los consumidores sobre cómo la cobertura afectará sus impuestos a los ingresos cuando presenten sus declaraciones de impuestos federales. Es probable que las personas no sepan que pueden obtener un crédito fiscal para la prima. Los pagos anticipados del crédito fiscal para la prima pueden disminuir los costos mensuales de esta.

Si califican para obtener un crédito fiscal, los consumidores podrán decidir qué porcentaje del crédito aplicar a sus primas todos los meses, hasta el monto máximo del crédito. Recuerde que pueden 1) solicitar el crédito cuando comiencen su cobertura y pagar menos todos los meses o 2) solicitar el crédito al presentar su declaración de impuestos.

Informe a los consumidores sobre el deber de presentar sus impuestos federales para obtener este crédito, ya sea que lo soliciten por adelantado como un pago anticipado del crédito fiscal para la prima o al presentar sus impuestos. El ingreso familiar real de la persona de acuerdo con su declaración anual de impuestos federales a los ingresos determina el monto exacto del crédito fiscal para la prima que podrá solicitar. Si el consumidor recibió pagos adelantados por un total mayor al crédito fiscal para la prima que pueden solicitar, es posible que deban volver a pagar el monto excedente.

## Reducciones de costos compartidos

Las reducciones de costos compartidos proporcionan asistencia financiera adicional para los consumidores que cumplen con los requisitos y con ingresos particulares que también califican para los créditos fiscales para la prima (pero no califican para Medicaid). Asegúrese de que los consumidores sepan que esto solo ocurre en la categoría Silver de los planes (consultar [Sección 3](#) para obtener más información sobre las categorías de los planes). Informe a los consumidores que esta reducción disminuye el monto que tendrán que pagar de bolsillo para deducibles, coseguros y copagos. Este subsidio difiere de los créditos fiscales para la prima en 3 aspectos: 1) solo es para los planes Silver, 2) reduce los costos de bolsillo del consumidor, y 3) aplica a sus deducibles, copagos y coseguros.

Un plan puede cambiar su forma de combinar sus cargos por copagos, coseguros y deducibles, pero los consumidores nunca pagarán más que el monto máximo de bolsillo para los servicios de atención de la salud cubiertos. Si presta servicios a consumidores que son miembros de una tribu reconocida a nivel federal,

suscriben a la ANCSA, o son Nativos americanos y de Alaska, infórmeles que podrían cumplir con los requisitos para obtener reducciones de costos compartidos adicionales. Diríjase a la Sección 5 para obtener más información.

Pagar por cobertura y atención puede parecer costoso, pero tener una cobertura en realidad hace que resulte más asequible hacer uso de la atención a la salud. Explique que la cobertura puede ser como tener un vale: los planes negocian una tasa de tarifas más baja con los proveedores de atención médica que forman parte de sus planes. Por lo que los consumidores pagan una tasa reducida por los servicios. La cobertura también se compara con tener una tarjeta de regalos: cuando el consumidor usa su cobertura, su plan generalmente paga parte de los servicios cubiertos, lo que hace que los pagos del consumidor (o los costos de bolsillo) sean menores. En caso de que los consumidores no cuenten con un seguro, es posible que se les facture un monto superior por los mismos servicios y tengan que pagar el costo total de la atención.

Si su estado elige no extender su programa Medicaid y los consumidores no cumplen con los requisitos para Medicaid, los adultos bajo un FPL del 100 % no podrán acceder a las reducciones de costos compartidos ni a los créditos fiscales para la prima. La extensión de Medicaid es una elección estatal y algunos estados no incrementaron su umbral de elegibilidad.

Si trabaja con consumidores de bajos ingresos que no cumplen con los requisitos para Medicaid, es posible que tampoco puedan solventar la cobertura de Marketplace. Comprenda sus circunstancias y, de ser posible, póngalos en contacto con recursos locales o estatales que puedan ayudarlos a cubrir los costos de la atención. Además, comente a estos consumidores que pueden calificar para una exención por dificultades económicas. Diríjase a la [Sección 1](#) para obtener más información sobre las exenciones y utilice los recursos de la [página 17](#) para ayudar a los consumidores que cumplen con los requisitos a presentar la solicitud.

Incentive a los consumidores a iniciar sesión en [CuidadoDeSalud.gov/es](#) para revisar y actualizar sus ingresos y para informar cambios importantes como nacimientos, adopción, casamiento, divorcio o cambio de domicilio. Esta información se utilizará para determinar el cumplimiento con los requisitos para acceder a créditos fiscales para la prima y reducciones de costos compartidos.

Informar los cambios ayudará a que los consumidores eviten obtener un reembolso menor o deber dinero que no esperaban en sus declaraciones de impuestos federales. Si trabaja con consumidores que solicitan el crédito fiscal para la prima, posiblemente desee recordarles que deben presentar una declaración de impuestos federales para obtenerlo. Si están casados, generalmente deben presentar los impuestos junto con sus cónyuges.

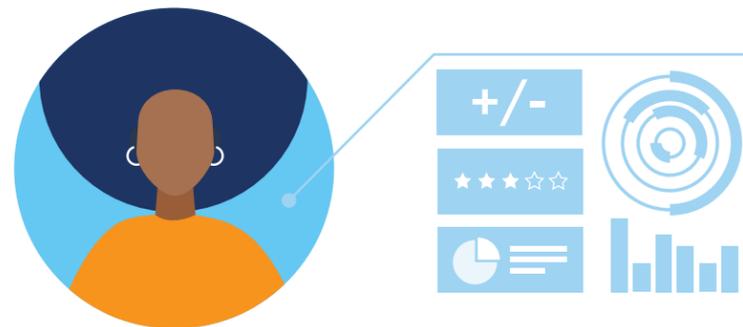
Cuando los consumidores presentan sus impuestos federales de ingresos, el servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) comparará la información que presenten con el crédito fiscal para la prima que hayan recibido. El IRS puede ajustar los montos que los consumidores deban o venzan si:

El monto del pago adelantado del crédito fiscal para la prima que obtuvo el consumidor es menor que el crédito fiscal para la prima a vencer. Los consumidores recibirán la diferencia en forma de reembolso.

O

El pago adelantado del consumidor del crédito fiscal para la prima del año es mayor que el monto del crédito fiscal para la prima a vencer. Los consumidores deberán volver a pagar el exceso con su declaración de impuestos, sujeto a límites legales de reembolso.

También es posible que los planes de salud cambien todos los años. Informe a los consumidores que es posible que todos los años los planes de salud cambien sus beneficios, la manera en la que cubren ciertos servicios o medicamentos con receta, así como los proveedores particulares incluidos en sus redes. Enséñeles como revisar sus coberturas este año, y los próximos. Dígalos que pueden buscar un plan más asequible o uno con mejores alternativas y valores, si vuelven a Marketplace y analizan sus opciones durante la apertura de inscripciones.



## ¿Necesita más información?

- Guía rápida para Health Insurance Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/quick-guide/getting-marketplace-health-insurance](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/quick-guide/getting-marketplace-health-insurance)
- Ayudar a los consumidores a comparar y elegir un plan (Socio): [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/plan-compare-and-plan-selection-help](https://www.Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/plan-compare-and-plan-selection-help)
- Beneficios esenciales para la salud que cubre Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover)
- Cómo estimar sus ingresos para Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information)
- Información básica sobre el crédito fiscal para la prima: [IRS.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families/the-premium-tax-credit-the-basics](https://www.IRS.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families/the-premium-tax-credit-the-basics)
- Calculadora de ahorros de seguros para la salud: [CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs)
- Cumplir con los requisitos para las reducciones de costos compartidos de Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/save-on-out-of-pocket-costs](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/save-on-out-of-pocket-costs)
- Encuentre y compare planes en su área: [CuidadoDeSalud.gov/es/see-plans/#](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/see-plans/#)
- Herramienta de cobertura provista por el empleador HealthCare.gov: [HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf](https://www.HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf)

## MEDICAID Y CHIP

- Para obtener información sobre programas específicos estatales de Medicaid: [Medicaid.gov/state-overviews/index.html](https://www.Medicaid.gov/state-overviews/index.html)
- Información sobre los programas de Medicaid: [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov)
- Información sobre CHIP: [Espanol.InsureKidsNow.gov](https://www.Espanol.InsureKidsNow.gov)

### 3. INFÓRMESE ANTES DE INSCRIBIRSE



Una vez que los consumidores cuentan con una comprensión básica de la cobertura de salud y los costos compartidos, están listos para encontrar el plan de salud que satisfaga mejor sus necesidades de atención de la salud y presupuesto.

Ayude al consumidor a analizar los diferentes costos y beneficios que tienen los diversos planes y redes de proveedores. Por ejemplo, es posible que algunos planes tengan primas muy bajas pero limitados proveedores o redes de hospitales, y costos de bolsillo más elevados. Otros planes pueden contar con primas más elevadas, pero una selección más amplia de proveedores y hospitales, así como menores costos de bolsillo como deducibles, copagos y coseguros.

Esta sección cuenta con disparadores de debates y diagramas que lo ayudarán a explicar los beneficios de los diferentes planes. Si aún no lo ha hecho, consulte a los consumidores a quienes ayuda qué temas les resultan más importantes, de manera que pueda personalizar la asistencia.

#### Tipos de planes

Los planes que se venden en Marketplace se dividen en 4 categorías diferentes: Bronze (bronce), Silver (plata), Gold (Oro) y Platinum (Platino). La principal diferencia entre las categorías de los planes es la proporción de los costos de la atención de la salud para el consumidor que su plan pagará. Otra diferencia será el monto de costo compartido que el consumidor tendrá que pagar.

En general, existe una compensación entre las primas y los costos al momento de la atención: las primas más bajas generalmente implican mayores costos de bolsillo. Asegúrese de que los consumidores comprendan esto. Los consumidores también deben saber que independientemente de la categoría que elijan, todos los planes cubren los 10 beneficios esenciales para la salud analizados en la [Sección 2](#). Explique a los consumidores que las categorías de los planes solo aplican a ciertos planes de salud, que no incluyen a Medicaid, CHIP y otros tipos de coberturas.



Los consumidores deben analizar los diferentes costos y beneficios que tienen los diversos planes y redes de proveedores.

Es posible que los consumidores menores de 30 años deseen considerar un plan para catástrofes. Estos planes tienen primas bajas y requieren que los consumidores cumplan con un deducible elevado antes de comenzar con su cobertura, excepto para la cobertura de ciertos servicios preventivos y una cantidad limitada de consultas médicas de atención primaria (3 consultas generalmente). Los consumidores que no planean hacer uso de la atención de la salud durante el año y desean una protección contra costos muy elevados en caso de accidentes o enfermedades graves, probablemente quieran considerar este tipo de plan.

Como ocurre con todos los planes de Marketplace, el monto máximo que pagarán los consumidores del plan para catástrofes variará, pero no puede superar un monto fijo por año. Luego de eso, el plan cubre el 100 % de los costos de los beneficios esenciales para la salud cubiertos. Si no se cuenta con ningún tipo de cobertura, un accidente o enfermedad graves podrían costar al consumidor una facturación de atención médica por miles de dólares. Informe a los consumidores que los créditos fiscales para la prima no pueden usarse para primas de descuento en los planes para catástrofes.

Las reducciones de costos compartidos se encuentran disponibles para los Planes Silver si cumple con los requisitos.

|   | BRONZE  | SILVER   | GOLD   | PLATINUM  |
|---|---|--|--|---|
| Lo que usted paga todos los meses (Prima*)  | \$  | \$\$   | \$\$\$   | \$\$\$\$  |
| Lo que paga cuando recibe atención a la salud (costos de bolsillo, incluidos deducibles, copagos y coseguros) | \$\$\$\$  | \$\$\$   | \$\$   | \$  |
| Porcentaje de costos promedio totales de atención a la salud que su plan cubrirá (Valor actuarial)            | El plan aporta el 60 % Usted aporta el 40 %                                 | El plan aporta el 70 % Usted aporta el 30 %                      | El plan aporta el 80 % Usted aporta el 20 %  | El plan aporta el 90 % Usted aporta el 10 %                 |
| Podría resultarle de utilidad si usted...   | no planea necesitar muchos servicios de atención a la salud durante el año. | necesita equilibrar su prima mensual con sus costos de bolsillo. | desea mantener bajos los costos de bolsillo, pero puede solventar una prima mensual más elevada. | planea utilizar mucho los servicios de atención a la salud. |

El valor actuarial de un plan es el porcentaje de los costos promedio totales para los beneficios cubiertos que cubrirá el plan. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial del 70 % de promedio, usted será responsable del 30 % de los costos de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, es posible que sea responsable de un porcentaje mayor o menor del costo total de los servicios cubiertos por año, según sus necesidades de atención de la salud actuales y los términos de su póliza de seguro.

\*Observación: Estos números no son reales y aportan una idea sobre los diferentes costos de las primas. Verifique los planes de su área para obtener los costos exactos. Posiblemente encuentre una prima más baja en un plan de nivel de metal más elevado.

La red de un plan es el listado de proveedores, centros, y distribuidores que el plan de salud ha contratado para los servicios de atención a la salud. Explique que los planes negocian tasas más bajas con los proveedores que se encuentran "en la red" de un plan. Estos proveedores pueden denominarse "proveedores con convenio" o "proveedores participantes". Por lo tanto, los proveedores de la red generalmente representarán un costo menor para los consumidores en relación con los proveedores fuera de la red. En algunos planes, no se cubre la atención a la salud fuera de la red, lo que significa que el consumidor pagará el costo total.

Cada consumidor tiene prioridades diferentes, así que mientras conversa sobre los tipos de redes de proveedores, pregunte a los consumidores si están dispuestos a pagar más para contar con una mayor cantidad de proveedores. Algunos planes mantienen sus primas bajas al contratar una red más pequeña de proveedores. Enfaticé las diferencias clave entre las redes, como por ejemplo:

- Costos de la atención dentro y fuera de la red
- Tamaño de la red
- Especialistas en la red

Utilice la función "comparar opciones" (window shopping) de [CuidadoDeSalud.gov/es](http://CuidadoDeSalud.gov/es) y Resumen de beneficios y cobertura para mostrar las diferencias entre las redes de proveedores. Señale la diferenciación de los planes en las redes de proveedores y de qué modo se cubren los servicios de los proveedores fuera de la red/no participantes en comparación con los proveedores de la red/participantes. Mientras compara los planes de Marketplace en [CuidadoDeSalud.gov/es](http://CuidadoDeSalud.gov/es), los consumidores pueden visualizar el directorio de la red de cada plan y buscar un proveedor u hospital específico que deseen continuar usando.

Hay enlaces al final de esta sección en la [página 27](#) para acceder a una muestra del Resumen de beneficios y cobertura y otros recursos para ayudarlo a hablar con los consumidores sobre los tipos de redes de proveedores.

## Tipos de redes de proveedores

Una PPO u Organización proveedora de preferencia, es un tipo de plan de salud que tiene contratos con proveedores médicos, como hospitales y médicos, para crear una red proveedores participantes. Los consumidores pagan menos si utilizan proveedores que pertenecen a la red del plan. Pueden recurrir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red pagando un costo adicional.

Una HMO u Organización de mantenimiento de salud, es un tipo de plan de salud que generalmente limita la cobertura de la atención de médicos que trabajan para la HMO o tienen contrato con esta. Generalmente no cubre la atención fuera de la red, excepto en una emergencia.

Un POS, o Plan de punto de servicio, es un tipo de plan de salud que el cual los consumidores pagan menos si recurren a doctores, hospitales u otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Los planes de POS también requieren de una derivación de un médico de atención primaria para poder consultar con un especialista.

Una EPO u Organización proveedora exclusiva, es un plan de atención administrada en donde solo se cubren los servicios de los médicos, especialistas u hospitales de la red del plan, excepto en una emergencia.

Es posible que desee enfatizar que para la HMO y la EPO, el plan probablemente no pague ningún servicio fuera de la red, mientras que con las redes de PPO y POS, el plan generalmente brindará algo de cobertura. Diríjase a las definiciones detalladas con anterioridad para hablar sobre cada tipo de red. Haga que los consumidores lean la información sobre el Resumen de beneficios y cobertura de un plan en particular para comprender la cobertura del mismo en cuanto a servicios dentro y fuera de la red.

Consulte al consumidor si desea continuar usando los servicios de algún proveedor. Si el consumidor desea continuar usando su proveedor, muéstrole cómo saber si dicho proveedor se encuentra "en la red" del plan al que desea adherirse. Puede usar los enlaces de los directorios de proveedores en [CuidadoDeSalud.gov/es](http://CuidadoDeSalud.gov/es) o mostrar al consumidor cómo buscar sus propios proveedores por nombre en el sitio web específico de un plan. Sin embargo, debido a que los proveedores pueden cambiar los planes con los que tienen contratos en cualquier momento, incentive a los consumidores a llamar a la oficina de sus proveedores directamente para confirmar su participación en la red de un plan antes de inscribirse. De ser posible, también deberían confirmar con la oficina de su proveedor antes de recurrir a la atención.



Incentive a los consumidores a llamar a la oficina de sus proveedores para confirmar su participación en el plan.

En caso de que el proveedor que busquen no se encuentre en una de las redes del plan, es posible que los consumidores deseen seleccionar un plan diferente para continuar recurriendo al mismo proveedor. También pueden ver a los proveedores que se encuentran "en la red" y analizar si hay otras opciones que satisfagan sus necesidades.

## Cobertura para trastornos relacionados con el uso de sustancias y la conducta

Es probable que los consumidores no estén familiarizados con la paridad de la salud conductual. Por otro lado, quizá deseen conocer si hay un plan en particular que cubra los servicios relacionados con la salud conductual. Explíqueles que existe una ley que generalmente evita que los planes de salud limiten el acceso a los servicios de atención a los trastornos de la salud mental y el uso de sustancias más de lo que restringen el acceso a servicios médicos y quirúrgicos. En caso de que los consumidores deseen ubicar a un proveedor de tratamiento, sugiérales utilizar el localizador de proveedores en [Espanol.MentalHealth.gov](http://Espanol.MentalHealth.gov). Al igual que con su proveedor de atención primaria, recuerde a los consumidores verificar si el proveedor al que consideran asistir se encuentra en la red antes de utilizar el servicio.

## Recetas

El vademécum de un plan es un listado de medicamentos con receta que cubre el plan. Pregunte a los consumidores si actualmente toman medicamentos con receta. Aquellos que padecen una condición crónica deben comprender cuánto pagarán. Ayude a los consumidores a ver lo que costarán sus medicamentos al mostrarles cómo encontrar y leer el vademécum de un plan.

Los consumidores que tienen Medicaid y CHIP generalmente tienen que pagar un monto mínimo por medicamentos con receta. Los vademécum de los planes de Marketplace están publicados en [CuidadoDeSalud.gov/es](http://CuidadoDeSalud.gov/es) y los consumidores pueden ver los listados de los medicamentos cubiertos mientras comparan los planes.

Algunos medicamentos son más costosos que otros. Los vademécum generalmente se dividen en categorías o niveles. Indican cuánto cuestan los medicamentos en cada categoría para el plan de salud y para el consumidor. Los niveles generalmente se denominan:

- Genérico (generalmente son los más económicos para el consumidor)
- Marcas de preferencia
- Marcas que no son de preferencia
- Medicamentos especializados (generalmente los más costosos)

Si un consumidor toma un medicamento con receta costoso o completa varias recetas, debe verificar el vademécum del plan para estos medicamentos con receta en particular y ver si están cubiertos. Algunas personas quizá prefieran elegir un plan Gold o Platinum. La prima mensual puede ser más costosa, pero sus medicamentos con receta estarán cubiertos y la atención que reciban durante el año será menos costosa.



## Consulte el vademécum de un plan para ver si cubre medicamentos con receta costosos.

Por ejemplo, si al consumidor le recetan un medicamento para controlar el colesterol, el costo dependerá de:

1) el modo en que el plan clasifique el medicamento en su vademécum, y 2) el nivel de cobertura que proporciona el plan para cada tipo de medicamento.

También, explique al consumidor que puede hablar con su proveedor para cambiar un medicamento de una marca por otro genérico que contenga el mismo fármaco y quizá cueste menos. Utilice la tabla que se muestra a continuación como ejemplo de cómo un plan podría cubrir diversos medicamentos con receta en su vademécum.

### Tabla de muestra de costo para el consumidor

#### Plan Bronze frente a Gold de un medicamento con receta para 30 días

|          |   | <b>BRONZE</b>            | <b>GOLD</b>              |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|
| \$       | <b>Medicamentos genéricos</b>                                       | <b>Copago de \$20</b>    | <b>Copago de \$10</b>    |
| \$\$     | <b>Medicamentos de marcas de preferencia</b>                        | <b>Copago de \$45</b>    | <b>Copago de \$35</b>    |
| \$\$\$   | <b>Medicamentos de marcas que no son de preferencia o genéricos</b> | <b>Copago de \$75</b>    | <b>Copago de \$70</b>    |
| \$\$\$\$ | <b>Medicamentos especializados</b>                                  | <b>Coseguro del 40 %</b> | <b>Coseguro del 30 %</b> |

Algunos medicamentos tienen una reglamentación particular. La mayoría de los vademécum tienen reglamentaciones o restricciones sobre ciertos medicamentos con receta. Estas reglamentaciones pueden incluir:

- Requerir una autorización previa
- Limitar la cantidad de un medicamento que una persona puede adquirir durante un cierto período de tiempo
- Exigir que el consumidor consuma un medicamento más económico que ha demostrado ser efectivo antes de cubrir un medicamento más costoso en caso de que la primera opción no funcione (también conocida como "terapia escalonada")

Hable con los consumidores sobre las restricciones en los vademécum para los planes a los que consideran adherirse, ya que podrían afectar su atención médica. Tranquilice a los consumidores explicando que pueden trabajar con sus proveedores y su plan para obtener la atención que necesitan.

¿Volver a inscribirse? Recuerde a los consumidores que los planes de salud actualizan sus vademécum con regularidad y pueden cambiar los medicamentos que cubren, agregar nuevos medicamentos genéricos o cambiar los costos. En caso de que se produzcan cambios que afecten su atención médica, es posible que los consumidores deseen cambiar de plan o hablar con sus proveedores para cambiar a otro medicamento con receta.



## ¿Los medicamentos con receta siguen siendo costosos?

Incluso con cobertura, es posible que los consumidores aún estén preocupados por el costo de sus medicamentos con receta. Los grupos de asistencia al paciente nacionales y locales pueden ayudar a los pacientes a conseguir sus medicamentos con receta por un costo menor o gratis. Visite sitios como Medicine Assistance Tool para obtener ayuda: [medicineassistancetool.org](http://medicineassistancetool.org).

## Cobertura adicional: odontología y visión

Las personas que reciben cobertura por primera vez pueden asumir que inscribirse en un plan de Marketplace les brindará cobertura odontológica y para la visión automáticamente. Pregunte a los consumidores si desean una cobertura odontológica o para la visión. Todos los planes de Marketplace deben cubrir la atención odontológica y para la visión pediátrica para niños y hasta los 18 años. No ocurre lo mismo con los adultos. Las aseguradoras no tienen la obligación de ofrecer cobertura odontológica y para la visión, y solo algunos planes incluyen estos tipos de cobertura. En caso de que la cobertura odontológica o para la visión sea importante para el adulto, consulte el Resumen de beneficios y cobertura de un plan en particular para ver si está incluida. De ser así, explique a los consumidores que pagarán una prima mensual para todo.

Si el plan al que consideran adherirse no cubre odontología y visión para adultos, o si desean un tipo de cobertura diferente, los consumidores pueden comparar los planes independientes que estén disponibles a través de la función "comparar opciones" (window shopping) de [CuidadoDeSalud.gov/es](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es). Marketplace no ofrece planes para la visión independientes. Si eligen un plan aparte, los consumidores pagarán la prima adicional aparte. Es posible que los consumidores encuentren un plan independiente en sus estados y pueden contactar a su Departamento de seguros estatal o a un agente o corredor local.



Las aseguradoras no están obligadas a ofrecer beneficios de cobertura odontológica y de la visión para adultos. Asegúrese de que los consumidores analicen las opciones si desean este tipo de cobertura.

## ¿Necesita más información?

- Prepararse para presentar una solicitud o renovar su cobertura de Health Insurance Marketplace: [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/apply-for-or-renew-coverage.pdf](https://www.cms.gov/outreach-and-education/apply-for-or-renew-coverage.pdf)
- Explicación de un Resumen de beneficios y cobertura: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/summary-of-benefits-fast-facts.pdf](https://www.Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/summary-of-benefits-fast-facts.pdf)
- Preguntas frecuentes sobre cobertura para jóvenes (menores de 30): [CuidadoDeSalud.gov/es/young-adults](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/young-adults)
- Niveles de cobertura y metales de Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan/plans-categories](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan/plans-categories)
- Cómo encontrar información sobre proveedores de atención médica: [CuidadoDeSalud.gov/es/using-marketplace-coverage/getting-medical-care](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/using-marketplace-coverage/getting-medical-care)
- Cobertura del seguro médico para servicios de atención a los trastornos de la salud mental y el uso de sustancias: [Espanol.MentalHealth.gov/pida-ayuda/seguro-de-salud](https://www.Espanol.MentalHealth.gov/pida-ayuda/seguro-de-salud)

Los consumidores deben saber que tener cobertura es solo el primer paso en el camino hacia una mejor salud.



## 4. PASOS A SEGUIR LUEGO DE INSCRIBIRSE



Luego de inscribirse, es posible que muchos consumidores no sepan cómo continuar. Deben saber que tener cobertura es solo el primer paso en el camino hacia una mejor salud. Utilice la [Guía para una mejor atención](#) y los mensajes en esta sección para ayudar al consumidor a comprender cómo utilizar su cobertura y vivir una vida más prolongada y saludable.

### Confirmar la cobertura

Luego de que los consumidores finalizan el proceso de inscripción, deben recibir información de sus planes sobre los beneficios y pagar sus primas. Infórmeles que existen maneras de confirmar si se encuentran cubiertos, aunque no hayan recibido noticias del plan o no estén seguros de haber finalizado el proceso de inscripción. Pueden:

- Iniciar sesión en sus cuentas en [CuidadoDeSalud.gov/es](https://CuidadoDeSalud.gov/es) y hacer clic en sus solicitudes. Verán un resumen en la página "Mis solicitudes y cobertura" (My Applications & Coverage) donde podrán encontrar más detalles sobre sus inscripciones y beneficios del plan.
- Llamar al Centro de servicios al consumidor de sus nuevos planes, a través de listados y las instrucciones que se encuentran en [CuidadoDeSalud.gov/es](https://CuidadoDeSalud.gov/es). Pueden confirmar si están inscritos y si han pagado la prima del primer mes. Diríjase a: [CuidadoDeSalud.gov/es/apply-and-enroll/complete-your-enrollment](https://CuidadoDeSalud.gov/es/apply-and-enroll/complete-your-enrollment).
- Si aún tienen dudas, pueden llamar al Centro de atención telefónica de Marketplace al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

## Pagar su prima

Los consumidores que nunca han tenido cobertura de salud quizá no sepan que deben pagar sus primas todos los meses. Dígales que deben hacerlo aunque no utilicen los servicios durante el mes. Coménteles que una vez que se hayan inscrito, deben pagar la primera prima directamente a la compañía de seguros, no a Marketplace. Deben seguir las instrucciones de sus aseguradoras sobre cómo y cuándo realizar el pago de la prima.

Quienes no paguen sus primas se arriesgan a perder la cobertura y tener que pagar el 100 % del costo de su atención de la salud. Recuerde a los consumidores que mantener la cobertura es tan importante como obtenerla.

## Solicitar una cita y completar recetas

Mientras los consumidores se inscribían en la cobertura, probablemente hayan hablado de si ya contaban con un proveedor. En caso de que no lo tengan, explíqueles que tener un proveedor regular es un primer paso importante para obtener la atención primaria y los servicios preventivos que necesitan. Es probable que el plan ya les haya asignado un proveedor a algunos consumidores. Si desean cambiarlo, muéstreles cómo comunicarse con sus planes para hacerlo.

Ni bien comience la cobertura, los consumidores pueden reunirse con un proveedor para conocer sus necesidades de salud y comenzar a trabajar juntos para mejorarlas.

Utilice la [Guía para una mejor atención](#) para ayudar a los consumidores a conocer las diferencias entre la atención primaria y el servicio de urgencias, así como conversar sobre cómo encontrar un proveedor y programar una cita, entre otros asuntos.

Probablemente hayan conversado sobre los tratamientos continuos y los medicamentos con receta antes del proceso de inscripción. Recuérdeles que deben mantenerse activos para continuar recibiendo atención a medida que cambien sus coberturas.

Si un consumidor necesita un tratamiento continuo para una condición crónica o debe tener un medicamento con receta con regularidad, avísele de la imperiosa necesidad de hablar con su proveedor de inmediato para ver qué debe hacerse con este nuevo plan.

Deben saber que el nuevo plan puede tener restricciones sobre ciertos medicamentos con receta o servicios. A veces, es posible que no se apliquen si el proveedor y el plan trabajan de manera conjunta.

En caso de que se les niegue el tratamiento, los consumidores siempre tendrán el derecho a apelar esa decisión. Infórmelos dónde buscar el proceso de apelación del plan y recuérdelos que su proveedor puede ayudarlos a apelar una decisión. Hay un enlace con más información sobre el proceso de apelación al final de esta sección en la [página 31](#).

## Mantenerse actualizado

La información que los consumidores ingresan en sus solicitudes de Marketplace en [CuidadoDeSalud.gov/es](#) (por ejemplo, el tamaño de la familia y el nivel de ingresos familiares) se utiliza para calcular el crédito fiscal para sus primas.

Recuérdelos la importancia de actualizar la información para recibir el monto correcto de asistencia financiera y no terminar debiendo dinero al momento de presentar la declaración de impuestos.

Incentíuelos a actualizar su información del sitio web [CuidadoDeSalud.gov/es](#) dentro de los 30 días antes de cualquier acontecimiento importante en sus vidas como un nacimiento, adopción, casamiento y pérdida de trabajo. Los consumidores pueden cumplir con los requisitos para un Período de inscripción especial si tienen un evento importante en sus vidas. Pueden elegir un plan nuevo que cumpla con los cambios en sus necesidades de atención de la salud.

## ¿Necesita más información?

- Confirmar la inscripción a la cobertura: [CuidadoDeSalud.gov/es/apply-and-enroll/complete-your-enrollment](#)
- Contactarse con Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/contact-us](#)
- Recursos de Coverage to Care: [cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/equity-initiatives/from-coverage-to-care-es](#)
- Ayudar a un consumidor con la apelación de un plan que decide no brindar cobertura: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/internal-claims-and-appeals.pdf](#)
- Opciones de cobertura fuera de la apertura de inscripciones: [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/your-options](#)
- Calificar para un Período de inscripción especial: [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period](#)

## 5. INFORMACIÓN PARA CONSUMIDORES CON CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES



Algunos consumidores tienen circunstancias que influyen en sus opciones de cobertura e inscripción. Esta sección detalla 3 de esos grupos: Nativos americanos y de Alaska, ciudadanos que no hablan inglés e inmigrantes. Los recursos de la [página 39](#) pueden ayudarlo a trabajar con estos ciudadanos y otros con situaciones particulares. Es posible que desee asociarse con otras personas de su comunidad para compartir recursos, mejores prácticas y consejos que satisfagan las necesidades de sus consumidores.

### Nativos americanos y de Alaska

Es probable que los miembros de tribus reconocidas a nivel federal o que suscriben a la Corporación de la Ley de Arbitraje de las Reclamaciones de los Indígenas de Alaska (ANCSA) cuenten con algunos beneficios. Además, hay otros servicios disponibles para ciudadanos descendientes de Nativos americanos o quienes de otro modo cumplen con los requisitos para recibir servicios de Indian Health Service, un programa para tribus o un programa de salud urbano para indígenas.

Según los criterios que cumplan, converse con los consumidores Nativos americanos y de Alaska sobre los planes de costo compartido limitados y cero, y Medicaid. Ayúdelos a comparar planes a través de "comparar opciones" (window shopping) en [Ver Planes y precios](#) en HealthCare.gov para encontrar el que les sirva a ellos. Recuerde a los consumidores que tendrán que pagar sus primas si se inscriben en un plan de Marketplace. También debe ayudarlos a verificar si cumplen con los requisitos para acceder a créditos fiscales para la prima (detallados en la [Sección 2](#)).



Asociarse con otras personas de su comunidad para compartir recursos, mejores prácticas y consejos que satisfagan las necesidades de sus consumidores.

## Asistencia financiera para Nativos americanos y de Alaska

Los miembros de las tribus indígenas reconocidas a nivel federal y los suscriptores a la Corporación ANCSA (Regional o local) pueden calificar para los planes de costos compartidos limitados o cero o para las reducciones de costos compartidos según sus ingresos.

- El ingreso familiar se encuentra entre el 100 % y el 300 % del nivel federal de pobreza: Pueden inscribirse en un plan de costos compartidos cero. Comuníqueles que no tendrán costos de bolsillo como copagos, deducibles o coseguros.
- Independientemente del ingreso: Pueden inscribirse en un plan de costos compartidos limitado. Comuníqueles que no tendrán que pagar costos de bolsillo al recibir servicios de un proveedor de atención a la salud indígena o cualquier proveedor, si cuentan con la derivación de un proveedor de atención a la salud indígena.

Informe a estos consumidores que pueden inscribirse en un plan de Marketplace en cualquier momento del año y no solamente durante el período anual de Apertura de inscripciones.

Los Nativos americanos y de Alaska, y demás que cumplan con los requisitos para recibir servicios de Indian Health Service, programas para tribus o programas de salud urbanos para indígenas tienen oportunidades adicionales de cobertura:

- Pueden calificar para Medicaid o CHIP: Infórmeles que tienen costos y reglamentación de elegibilidad especiales para Medicaid y CHIP que les simplifican la calificación para estos programas.
- No pagan costos de bolsillo para programas de salud indígenas: independientemente de sus ingresos, los consumidores no tendrán costos de bolsillo para puntos o servicios suministrados por Indian Health Service, programas para tribus o programas de salud urbanos para indígenas, que incluyen Contract Health Services.

Para obtener más información sobre cobertura para Nativos americanos y de Alaska, diríjase a: [CuidadoDeSalud.gov/es/american-indians-alaska-natives](https://CuidadoDeSalud.gov/es/american-indians-alaska-natives).

## Encontrar atención

Los consumidores que han estado usando los servicios de atención a la salud para tribus quizá no sepan que existen otros proveedores que aceptan sus nuevas coberturas. Los Nativos americanos y de Alaska pueden usar su proveedor de atención a la salud indígena como proveedor de atención primaria o elegir usar un proveedor de la red de su nuevo plan.

En caso de que ya reciban atención de la salud de un proveedor a la salud indígena, infórmeles que pueden continuar viendo a ese proveedor de salud indígena (y a muchos otros) luego de inscribirse en la cobertura de Marketplace. También es posible que califiquen para obtener cobertura con costo compartido bajo o cero.

Si no cuentan con un proveedor, muéstreles cómo encontrar uno con el directorio de proveedores del plan que está publicado en [CuidadoDeSalud.gov/es](https://CuidadoDeSalud.gov/es) o el sitio web del plan de salud, en caso de que tengan uno. Informe a los consumidores que recibir cobertura les brindará más opciones cuando necesiten recibir atención de la salud.

## Inscribirse en una cobertura o solicitar una exención

Gran parte de los Nativos americanos y de Alaska utilizan diversos tipos de proveedores de atención a la salud indígena, que incluyen a Indian Health Services, programas para tribus y programas de salud urbanos para indígenas (conocidos como ITU, en inglés).

Puede usar la [Versión para tribus de la guía](#) y los recursos que se encuentran al final de esta sección en la [página 39](#) como ayuda para trabajar con ciudadanos de las tribus. Encontrará más información sobre ayuda con los costos, la manera en la que los consumidores Nativos americanos y de Alaska pueden acceder a una exención, los documentos necesarios y cómo obtener atención de la salud.



Los servicios de atención a la salud de IHS, los programas de salud urbanos para indígenas o los programas para tribus no cuentan como cobertura esencial mínima.

## Habitantes que no hablan inglés

Si ayuda a alguien que habla otro idioma que no sea inglés, existen recursos a continuación que pueden estar disponibles en sus idiomas de preferencia. Algunos de estos recursos incluyen intérpretes, servicio técnico de centros de llamadas, y recursos web e impresos como un Glosario uniforme y guías de solicitud de Marketplace. También puede usar la [función "ayuda local"](#) en HealthCare.gov para encontrar ayuda de manera presencial en su comunidad.

## Obtener ayuda con el idioma

- Pueden utilizar estos recursos en conjunto o los consumidores pueden acceder a estos servicios por cuenta propia.
- El centro de llamadas de Marketplace cuenta con representantes disponibles que hablan inglés y español, así como servicios de interpretación y traducción en 150 idiomas. Estos servicios son gratuitos. Para obtener ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-800-318-2596.
- Algunos asistentes que brindan servicios presenciales, como asesores, consejeros de solicitudes certificados y otros socios, ofrecen servicios en otros idiomas que no sean inglés. Los consumidores pueden obtener un listado de las organizaciones locales con información de contacto, horarios comerciales y tipos de ayuda que ofrecen, incluida la asistencia en idiomas que no sean inglés. Visite [ayudalocal.CuidadoDeSalud.gov](https://ayudalocal.CuidadoDeSalud.gov) y escriba una ciudad y estado o código postal.
- Los recursos en línea se encuentran disponibles en varios idiomas. Puede encontrar las guías de solicitud de Marketplace en 27 idiomas. Para obtener más información visite: [CuidadoDeSalud.gov/es](https://CuidadoDeSalud.gov/es)

## Inmigrantes

Quienes no sean ciudadanos estadounidenses o miembros de su familia quizá tengan preguntas sobre si el factible inscribirse en una cobertura y obtener ayuda con los costos. Probablemente, también se pregunten por la documentación necesaria.

Las personas con la siguiente condición migratoria califican para obtener cobertura de Marketplace:

- Residentes legales permanentes (Lawful Permanent Resident, LPR o Titular de tarjeta de residencia)
- Asilados
- Refugiados
- Ingresantes cubanos o haitianos
- Admitido condicionalmente en los EE. UU. por al menos 1 año
- Ingresante condicional anterior a 1980
- Extranjeros, cónyuges, niños o padres maltratados
- Retención de deportación otorgada
- Víctimas de la trata y sus cónyuges, hijos, hermanos o padres
- Nativo americano nacido en Canadá
- Condiciones o circunstancias humanitarias (incluidos el Estado de protección temporal, el Estado especial de menores, los solicitantes de asilo, la Convención contra la tortura y las víctimas de la trata)
- Visas de no inmigrantes válidas
- Condiciones legales conferidas por otras leyes (condición de residente temporal, Ley LIFE e individuos en Unidad Familiar)

Consulte el listado completo de condiciones de migración que cumplen con los requisitos para utilizar Marketplace aquí: [CuidadoDeSalud.gov/es/immigrants/immigration-status](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/immigrants/immigration-status)

En general, Medicaid y CHIP exigen que los inmigrantes sean residentes legales permanentes y esperar 5 años antes de inscribirse en una cobertura. Durante este período de espera de 5 años, los individuos que cumplen con los criterios pueden obtener cobertura para tratar una condición médica de urgencia.

Los residentes legales permanentes que no han completado el período de espera de 5 años pueden inscribirse en un plan de Marketplace y cumplir con los requisitos para acceder a créditos fiscales para la prima y reducciones de costos compartidos.

Algunos estados no tienen este período de espera de 5 años para niños y mujeres embarazadas. Utilice la herramienta de la siguiente página para ver si su estado es uno de ellos.



## ¿Tienen que esperar 5 años?

Verifique si su estado permite que los niños o las mujeres embarazadas se inscriban en Medicaid y CHIP sin el período de espera de 5 años.

Diríjase a: [Espanol.InsureKidsNow.gov/coverage/index.html](https://www.Espanol.InsureKidsNow.gov/coverage/index.html)

Los inmigrantes que no se encuentran legalmente presentes no cumplen con los requisitos para inscribirse en la cobertura a través de Marketplace, obtener créditos fiscales para la prima ni reducciones de costos compartidos, como así tampoco para inscribirse en servicios de Medicaid y CHIP que no son de urgencia. Pueden presentar una solicitud de Marketplace para sus hijos o familiares que se encuentren presentes legalmente. Los familiares que no presentan la solicitud por sí mismos no tendrán que brindar información sobre sus condiciones migratorias, por lo que pueden ayudar a cualquier miembro de su familia a presentar la solicitud.

Es posible que necesite documentación cuando presente la solicitud y se inscriba. Los documentos que los individuos necesitan para inscribirse en la cobertura de Marketplace dependerán de sus condiciones migratorias.

A continuación se muestran algunos de los documentos que podrían necesitar los inmigrantes:

- Tarjeta de residente permanente, "Green Card" (I-551)
- Permiso de reingreso (I-327)
- Documento de viaje de refugiado (I-571)
- Tarjeta de autorización de empleo (I-766)
- Visa de inmigrante legible a máquina (con idioma temporario I-551)
- Sello temporario I-551 (en el pasaporte o I-94/I-94A)
- Registro de arribo o salida (I-94/I-94A)
- Registro de arribo o salida en pasaporte extranjero (I-94)
- Pasaporte extranjero
- Certificado de elegibilidad para la condición de estudiante no inmigrante (I-20)
- Notificación de acción (I-797)
- Certificado de elegibilidad para la condición de visitante de intercambio (DS2019)
- Documento que indique la pertenencia a una tribu indígena reconocida a nivel federal o la condición de Nativo americano nacido en Canadá
- Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, HHS)
- Carta de elegibilidad (si es menor de 18) de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)
- Documento que indique suspensión de repatriación
- Orden administrativa de suspensión de repatriación emitida por el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos (Department of Homeland Security, DHS)
- Número de extranjero (también denominado número de registro de extranjero o número USCIS) o número 1-94



## ¿Necesita más información?

### Nativos americanos y de Alaska

- Guía para la atención - Versión para tribus: [CMS.gov/files/document/c2c-roadmap-booklet-tribal.pdf](https://www.cms.gov/files/document/c2c-roadmap-booklet-tribal.pdf)
- Hoja con consejos para los asistentes que trabajan con Nativos americanos y de Alaska: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/working-with-aiian.pdf](https://www.marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/working-with-aiian.pdf)
- Detalles sobre protecciones y beneficios especiales en Marketplace para Nativos americanos y de Alaska: [CuidadoDeSalud.gov/es/american-indians-alaska-natives](https://www.cuidadodesalud.gov/es/american-indians-alaska-natives)
- Cómo solicitar una exención: [CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply](https://www.cuidadodesalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply)
- Información para líderes de tribus y programas de salud para tribus, Indian Health Service: [IHS.gov](https://www.ihhs.gov)

### Dominio limitado del inglés

- Glosario de términos para el cuidado de la salud para consumidores con dominio limitado del inglés: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/plan-compare-and-plan-selection-help](https://www.marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/plan-compare-and-plan-selection-help)
- Recursos traducidos de Marketplace: [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/other-languages](https://www.marketplace.cms.gov/outreach-and-education/other-languages)
- Videos en inglés y otros idiomas para el alcance y la inscripción de diversas poblaciones: [youtube.com/playlist?list=PLBXgZMI\\_zqfRXt44Uk6YeMW0Npmbemc2h](https://www.youtube.com/playlist?list=PLBXgZMI_zqfRXt44Uk6YeMW0Npmbemc2h)
- Glosarios uniformes en otros idiomas: [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/tools-and-toolkits](https://www.marketplace.cms.gov/outreach-and-education/tools-and-toolkits)
- Instrucciones del Centro de Llamadas de Marketplace en otros idiomas: [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/getting-help-in-a-language-other-than-english.pdf](https://www.marketplace.cms.gov/outreach-and-education/getting-help-in-a-language-other-than-english.pdf)
- Encontrar ayuda para inscripción local en otros idiomas: [Ayudalocal.CuidadoDeSalud.gov](https://www.ayudalocal.cuidadodesalud.gov)
- Recursos de HealthCare.gov en otros idiomas: [CuidadoDeSalud.gov/es/language-resource](https://www.cuidadodesalud.gov/es/language-resource)
- Versión en español de HealthCare.gov: [CuidadoDeSalud.gov/es](https://www.cuidadodesalud.gov/es)
- Ayuda para presentar una queja en otros idiomas: [HHS.gov/ocr/get-help-in-other-languages/spanish.html](https://www.hhs.gov/ocr/get-help-in-other-languages/spanish.html)

## Inmigrantes

- Descripción general de la elegibilidad de los inmigrantes para una cobertura de salud asequible: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/immigrants-refugees-need-to-know.pdf](https://www.cms.gov/technical-assistance-resources/immigrants-refugees-need-to-know.pdf)
- Información sobre condiciones migratorias y Marketplace: [CuidadoDeSalud.gov/es/immigrants/immigration-status](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/immigrants/immigration-status)

## Otros ciudadanos

- Ayudar con la inscripción de ciudadanos especiales: [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/special-populations](https://www.Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/special-populations)
- Comprender las necesidades de cobertura de salud de personas con discapacidades: [nationaldisabilitynavigator.org/wp-content/uploads/presentations/NDNRC\\_CMS\\_Nov-21-14.pdf](https://www.nationaldisabilitynavigator.org/wp-content/uploads/presentations/NDNRC_CMS_Nov-21-14.pdf)
- Opciones de cobertura para personas con discapacidades: [CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities)
- Descripción general de asistencia a personas con discapacidades en Marketplace: [Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/consumers-with-disabilities.pdf](https://www.Marketplace.cms.gov/technical-assistance-resources/consumers-with-disabilities.pdf)
- Herramientas para trabajar con consumidores con VIH/SIDA: [targethiv.org/category/audience/plwh-community](https://www.targethiv.org/category/audience/plwh-community)
- Asistencia en la inscripción para comunidades de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero: [store.samhsa.gov/product/PEP14-LGBTACAENROLL](https://www.store.samhsa.gov/product/PEP14-LGBTACAENROLL)





[go.cms.gov/c2c](https://go.cms.gov/c2c)

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Fecha de revisión: agosto de 2022

Publicación n.º 11909

Los contenidos de este documento no tienen vigencia ni eficacia legislativa ni pretenden comprometer al público de ninguna manera, a menos que se lo incorpore a un contrato específico. Este documento tiene la sola intención de ofrecer claridad al público con respecto a requerimientos legales ya existentes.