

Mercado de Seguros Médicos

UNA GUIA RAPIDA



Una guía rápida para el Mercado de Seguros Médicos

- Que es y como funciona el Mercado de Seguros Médicos o “ObamaCare”
- Fechas y plazos para el seguro médico
- Quien es elegible para usar el Mercado
- Quien debe incluir en su hogar
- El estatus migratorio y el Mercado
- Documentación necesaria
- Ayuda y asistencia financiera
- Cobertura y beneficios médicos
- Inscribirse o pagar una multa

QUE ES EL MERCADO DE SEGUROS MEDICOS O EL OBAMACARE.

El nombre oficial de “ObamaCare” es Ley de Protección a Pacientes y Cuidados de Salud Asequibles (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA), o en corto, Ley de Cuidados de Salud Asequibles (Affordable Care Act – ACA).

- ACA fue firmado por el Presidente Barack Obama como una ley para reformar la industria de los cuidados de la salud el 23 de Marzo del 2010 y fue confirmada por el Supremo Tribunal de Justicia el 28 de Junio del 2012.**
- El objetivo de ObamaCare es dar acceso a los Americanos a seguros médicos de calidad, asequibles y reducir el crecimiento del gasto en servicios de salud en E.E.U.U.**
- La ley de Cuidados de Salud Asequibles extiende la asequibilidad, calidad y disponibilidad de los seguros médicos públicos y privados mediante la protección al consumidor, regulaciones, subsidios, impuestos, intercambios de seguros y otras reformas.**

QUE ES EL MERCADO DE SEGUROS MEDICOS O EL OBAMACARE.

El mercado de seguros médicos es para personas que no tienen cobertura de salud.

El nombre oficial de “ObamaCare” es Ley de Protección a Pacientes y Cuidados de Salud Asequibles (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA), o en corto, Ley de Cuidados de Salud Asequibles (Affordable Care Act – ACA).

- **El objetivo de ObamaCare es dar acceso a los Americanos a seguros médicos de calidad, asequibles y reducir el crecimiento del gasto en servicios de salud en E.E.U.U.**
- **La ley de Cuidados de Salud Asequibles extiende la asequibilidad, calidad y disponibilidad de los seguros médicos públicos y privados mediante la protección al consumidor, regulaciones, subsidios, impuestos, intercambios de seguros y otras reformas.**

¿Cómo funcionan los mercados?

Usted se preguntará: ¿cómo funcionan estos mercados y dónde consigo esa lista?

La respuesta es muy sencilla. Durante este período de inscripción, aquellos estados que han creado sus propios mercados, deben tener una página de internet o portal dedicado a ayudar a las personas a buscar y comparar todas las compañías de seguro disponibles en su área, antes de comprar una póliza.

Usando estas páginas web, los consumidores podrán acceder a un sitio centralizado, donde podrán ver todos los seguros privados, comparar fácilmente cada compañía, sus opciones, pólizas, beneficios y costos de las primas. Esto les permitirá seleccionar el seguro médico que más se ajuste a su presupuesto y las necesidades individuales y familiares.

Hay varias opciones de pólizas

Por lo general, las compañías privadas ofrecerán cuatro tipos de pólizas: bronce, plata, oro y platino.

Los planes platino tienen los precios de las primas mensuales más altos, pero el costo más bajo para los servicios médicos. Se paga más cada mes, pero muy poco cuando se necesita ayuda médica.

Los planes bronce, por el contrario, tienen los precios de las primas mensuales más bajos, pero el costo más alto por servicios médicos. Eso significa que no se tiene que pagar mucho más por el seguro mensualmente, pero se sí tiene que pagar más del tu bolsillo cuando se ve a un médico.

¿Cómo funcionan los mercados?

Es un proceso simple

Según han explicado los expertos, al concentrar todas las opciones disponibles en una sola página web, se simplifica la búsqueda de un seguro médico. Además, la ACA ha exigido a los estados y a las compañías aseguradoras, que presenten su información de manera sencilla, clara y confiable, para que se le haga más fácil a los consumidores seleccionar la que más les convenga.

Todo el proceso de inscripción se realiza a través de una sola solicitud y la información está disponible en español.

Habrá ayuda financiera. También hay personal que habla español que le podrán ayudar con la información que necesite.

De igual forma, cuando haga su solicitud, podrá saber de inmediato si es elegible para recibir ayuda financiera para pagar parte de su seguro en la forma de créditos tributarios.

Bajo la ACA, un gran número de personas son elegibles para recibir subsidios o créditos tributarios del gobierno federal, para costear parte de las mensualidades del plan médico que seleccionen.

Una vez que la persona responda todas las preguntas durante la inscripción, se determinará si cualifica para este crédito, dependiendo de su ingreso y el número de miembros en la familia. El monto de este beneficio va directamente al plan que se escoja. No es que le dan el dinero a usted y usted paga la diferencia.

Individuos y familias, cuyos ingresos anuales son cuatro veces mayores al nivel de pobreza federal, podrán recibir estos créditos tributarios al adquirir un seguro privado. Esto viene siendo equivalente a \$45,960 para una sola persona y \$94,200 para una familia de cuatro miembros.

Estos subsidios serán escalonados, de forma que mientras más bajos son los ingresos, mayor será la ayuda que se recibirá.

¿Cómo funcionan los mercados?

¿Cómo inscribirse en los mercados?

Si usted aún no se ha inscrito en un seguro de salud puede hacerlo en cuatro diferentes formas:

- **Vía internet**, utilizando la página **Healthcare.gov** o **Cuidadodesalud.gov** (en español).
- **Por teléfono**, llamando a la líneas **1-800-318-2596 (federal)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto en inglés como en español. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al **1-855-889-4325**.

En Lincoln usted puede contactar a un Consejero Certificado llamando a: **People's Health Center 402-476-1455**.

- **En persona**, acudiendo a centros y o clínicas comunitarias donde consejeros entrenados (llamados “navegadores”), le ayudarán con el proceso. Para localizarlos coloque el nombre del condado donde vive en el sitio web del Gobierno. En Nebraska puede hallar información sobre los Centro comunitarios de salud en: **www.nebraskahealthplus.com**.

- **Por correo**, imprimiendo los formularios directamente del sitio web, o pidiendo uno a los “navegadores”, y al llenarlo envíelo por correo.

Si no se inscribe lo multan

Si usted tiene la posibilidad económica de inscribirse en un seguro médico dentro del mercado y no lo hace, se le puede imponer una multa en sus impuestos que podría alcanzar los **\$695** por persona (o **2.5%** de sus ingresos), en el año **2016**.

Fechas y plazos para el seguro médico para el 2016

1 de noviembre de 2016

Comienza la Inscripción Abierta: Primer día para inscribirse, renovar o cambiar de plan médico para 2017.



15 de diciembre de 2016

Ultimo día para inscribirse o cambiar de plan para la cobertura que comienza el 1ro de enero de 2017



1 de enero de 2017

La cobertura para el 2017 comienza para aquellos que se inscriban o hayan cambiado de plan.

Fechas y plazos para el seguro médico para el 2016

31 de enero de 2017

Ultimo día para inscribirse o cambiar de plan para 2017.

- Después del 31 de enero de 2017, usted solo podrá cambiar si califica para un *Periodo Especial de Inscripción*.
- Usted puede solicitar Medicaid & CHIP en cualquier momento.

**Quien es
elegible para
usar el
mercado**



Para ser elegible para la cobertura médica a través del Mercado de Seguro, usted:

- Debe residir en los Estados Unidos
- Debe ciudadano estadounidense o nacional (estar legalmente presente)
- No estar encarcelado
- Si usted tiene seguro médico a través de su trabajo, usted puede comprar un plan a través del Mercado, pero tendrá que pagar precios completos a menos que su empleador no cumpla con ciertos requisitos.
- Si tiene Medicare, no puede cambiarse a un seguro del Mercado para suplementar su cobertura con un plan del Mercado o comprar un plan dental.

A quién debe incluir en su hogar:

Declarante de impuesto + cónyuge + dependientes fiscales = hogar

- Incluya a su cónyuge si esta legalmente casado.
- Si va a reclamar a alguien como un dependiente fiscal para 2016, SI los incluye en su solicitud.
- Si no va a reclamarlos como dependientes fiscales, NO los incluya.
- Incluya a su cónyuge y dependientes incluso si no necesita cobertura.

Visite: www.cuidadodesalud.gov para ver las excepciones a estas reglas básicas.

Los inmigrantes con los siguientes estatus califican para usar el Mercado:

- Residente permanente legal (LPR/Portador de una tarjeta de residente permanente)
- **Asilado**
- Refugiado
- **Participante Cubano-Haitiano**
- Bajo entrada condicional en los EE.UU.
- **Persona presente bajo entrada condicional concedida antes de 1980**
- Cónyuge, o hijo y pariente maltratado
- **Víctima del tráfico de personas, y su cónyuge, hijo, hermano o pariente**
- Suspensión de deportación o remoción otorgada, bajo las leyes de inmigración o bajo el Convenio contra la tortura (CAT, por su sigla en inglés)
- **Individuo con estatus de no-inmigrante, incluye visas de trabajo (tal como H1, H2A, H-2B), visas de estudiante, U-visa, T-visa y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall, y Palau**
- Estatus de protección temporal (TPS, por su sigla en inglés)
- **Partida forzada diferida (DED, por su sigla en inglés)**
- El Estatus de acción diferida (Excepción: la Acción Diferida para los Llegados a EE.UU. en la infancia. (DACA, por su sigla en inglés) no es un estatus de inmigración elegible para solicitar seguro médico)
- **Residente temporal legal**
- Orden administrativa aplazando una remoción, emitida por el Departamento de seguridad nacional
- **Miembro de una tribu nativa estadounidense reconocida federalmente, o indígena estadounidense nacido en Canadá**
- Residente de Samoa Americana

Los inmigrantes con los siguientes estatus califican para usar el Mercado:

Los solicitantes de cualquiera de estos estatus califican para usar el Mercado:

- Estatus de protección temporal con autorización de empleo
 - Estatus de inmigrante especial joven
 - Ajuste a estatus LPR
 - Víctima de tráfico de visa
 - Asilo (ver la nota más adelante)
 - Suspensión de deportación o suspensión de remoción, bajo las leyes de inmigración o bajo el Convenio contra la tortura (CAT, por su sigla en inglés) (ver la nota más adelante)
- Quienes soliciten asilo son elegibles para una cobertura del Mercado solamente si se les ha concedido autorización de empleo o son menores de 14 años, y han tenido una solicitud pendiente por al menos 180 días

Los inmigrantes con los siguientes estatus califican para usar el Mercado:

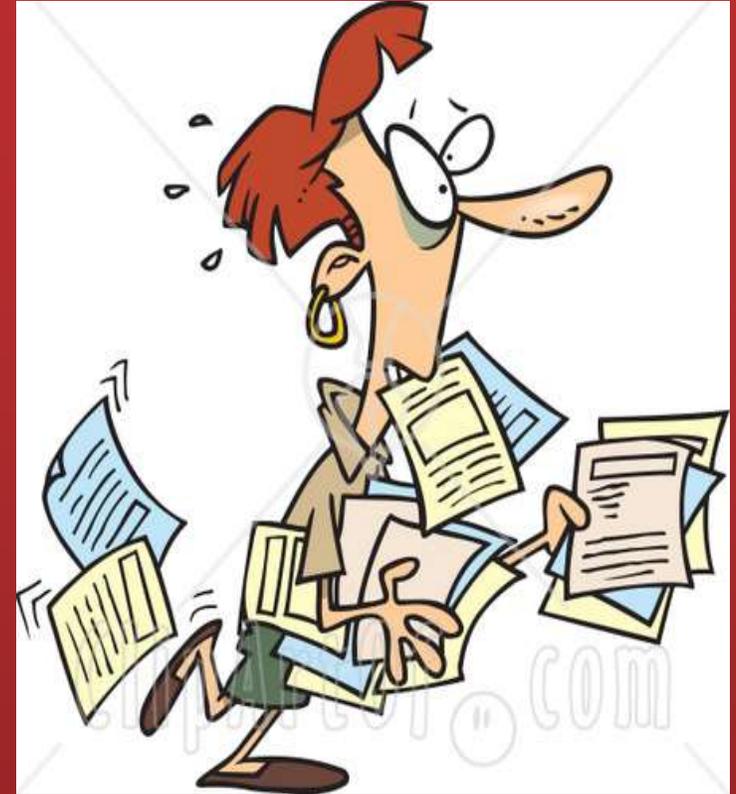
Las personas con los siguientes estatus y que tengan autorización de empleo califican para el Mercado:

- Solicitantes a través de registro
- Orden de supervisión
- Solicitante para cancelación de remoción o suspensión de deportación
- Solicitante para legalización bajo IRCA (Immigration Reform and Control Act)
- Legalización bajo la Ley LIFE

Recuerde: La información sobre el estatus migratorio será usada sólo para determinar su elegibilidad para cobertura médica y no por la ley de inmigración.

Los documentos que necesite dependerán de su estatus migratorio:

- Tarjeta de residente permanente, “Green Card” (I-551)
- Permiso de reingreso (I-327)
- Documento de viaje para refugiado (I-571)
- Tarjeta de autorización de empleo (I-766)
- Visa de inmigración legible con máquina (con estampilla I-551 temporal)
- Estampilla I-551 temporal (estampada en pasaporte o documento I-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida indicado en pasaporte extranjero (I-94)
- Pasaporte extranjero
- Certificado de elegibilidad para estatus de estudiante no-inmigrante (I-20)
- Certificado de elegibilidad para estatus de visitante de intercambio (DS2019)



**Documentación
necesaria**

Continuación:

Los documentos que necesite dependerán de su estatus migratorio:

- Aviso de acción (I-797)
- Documento de pertenencia a una tribu nativa estadounidense reconocida federalmente o indígena estadounidense nacido en Canadá
- Certificación del Departamento de salud y servicios humanos (HHS, por su sigla en inglés) Oficina de relocalización de refugiados (ORR, por su sigla en inglés)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de relocalización de refugiados (ORR, por su sigla en inglés) (si es menor de 18 años)
- Documento indicando suspensión de remoción
- Orden administrativa suspendiendo remoción, emitido por el Departamento de seguridad nacional
- Número de extranjero (también llamado número de USCIS o registración del extranjero) o número del formulario I-94



**Documentación
necesaria**

Ayuda y asistencia financiera para reducir las primas

Cuando solicita una cobertura de seguro médico en el Mercado de Seguros Médicos, es posible que califique para un “crédito fiscal en la prima” que reduzca su prima – lo que paga cada mes a su plan de seguro.

La cantidad del crédito fiscal para las primas depende del ingreso familiar estimado del 2016 que informa en su solicitud del Mercado.

Usted puede aplicar parte o la totalidad de este crédito fiscal para la prima mensual. El Mercado le enviará el crédito fiscal directamente a la compañía de seguro médico, de modo que pagará menos todos los meses. Esto se llama “pago por adelantado del crédito fiscal para la prima”.

Crédito fiscal para las primas:

El crédito fiscal puede ayudarlo a disminuir el pago mensual de la cobertura médica (también llamada “prima”) cuando se inscribe en un plan a través del Mercado de Seguros Médicos Su crédito fiscal está basado en el ingreso estimado y la información de su hogar que informe en su solicitud del Mercado. Si su ingreso estimado está entre el 100% al 400% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su hogar, usted califica para el crédito fiscal para las primas.

Puede utilizar todo, algunos o nada de su crédito fiscal para las primas por adelantado para reducir la prima mensual.

- Si usa una cantidad mayor de los pagos adelantados del crédito fiscal de la cantidad que califica de acuerdo a su ingreso anual final, debe devolver la diferencia cuando presente su declaración federal de impuestos.**

- Si utiliza menos del crédito fiscal para las primas de lo que califica, recibirá la diferencia como un crédito reembolsable cuando presente su declaración de impuestos.**

Puede comprar un seguro médico a través de otras fuentes, pero la única manera de obtener un crédito fiscal para las primas es a través del Mercado de Seguros Médicos.

Beneficios de salud esenciales

Un conjunto de 10 categorías de planes de seguro médico deben cubrir para cumplir los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Accesible.

Estos incluyen servicios médicos, ambulatorios y atención de hospitalización, cobertura de medicamentos recetados, embarazo y el parto, servicios de salud mental y más. Algunos planes cubren más servicios.

Los planes deben ofrecer cobertura dental para los niños. Los beneficios dentales para adultos son opcionales.

Los servicios específicos pueden variar dependiendo de los requisitos de su estado. Verá exactamente lo que cada plan ofrece cuando compare los planes.



**Cobertura y beneficios
médicos**

Todos los planes ofrecidos en el Mercado cubren los mismos beneficios de salud esenciales. Todos los planes **tienen** que cubrir los siguientes servicios:

Servicios para pacientes ambulatorios (son los servicios que recibe sin haber sido admitido al hospital)

Servicios de emergencia

Hospitalización (como cirugías y hospitalizaciones)

Servicios de maternidad y neonatales (antes y después del nacimiento del bebe)

Servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluidos los tratamientos para modificación de la conducta (como asesoría y psicoterapia)

Medicamentos recetados

Servicios y aparatos para rehabilitación (para que las personas con heridas, incapacidades o enfermedades crónicas obtengan o recuperen las destrezas mentales y físicas)

Servicios de laboratorio

Servicios de bienestar y preventivos y control de las enfermedades crónicas

Servicios de pediatría, incluyendo el cuidado de visión y oral (sin embargo, la cobertura dental y del cuidado de la visión para adultos no se considera un beneficio de salud esencial)

Otros beneficios

Los planes también deben incluir los siguientes beneficios:

Beneficios de control de la natalidad

Beneficios de amamantar

Los beneficios de salud esenciales son **requisitos mínimos** para todos los planes del Mercado. Los servicios específicos cubiertos en cada categoría de beneficios pueden variar en función de los requisitos de su estado. Puede ser que los planes ofrezcan beneficios adicionales, como por ejemplo:

Si no tiene cobertura: Multas y exenciones

Si puede pagar por cobertura médica y opta por no hacerlo, tendrá que tener una exención de cobertura o pagar la multa. (También conocida como “penalidad”, “pago de responsabilidad individual” o “mandato individual”.)

- Debe la multa por cualquier mes que usted, su cónyuge o sus dependientes fiscales no tienen [cobertura calificada](#) (a veces llamada cobertura esencial mínima). [Ver todos los tipos de coberturas que califican.](#)
- Usted paga la multa cuando presente su declaración de impuestos federales para el año que no tiene cobertura.
- En algunos casos, puede calificar para recibir una exención de la cobertura médica. Si lo hace, usted no tendrá que pagar la cuota. [Aprenda más información sobre las exenciones de cobertura médica.](#)



Inscribirse o pagar una multa

La multa para no tener seguro médico en 2016

La multa se calcula de 2 formas diferentes - como porcentaje de los ingresos de su familia y por persona. **Tendrá que pagar lo que sea mayor.**

Porcentaje del Ingreso

- 2.5% del ingreso de la familia
- Máximo:** Prima total anual para el precio promedio nacional de un plan Bronce vendido a través del Mercado

Por persona

- \$695 por adulto
- \$347.50 por niño menor de 18
- Máximo:** \$2,085

Pagar la multa

- Usando el método de porcentaje, sólo la parte de su ingreso que está por encima el límite la declaración de impuestos anual (\$ 10,150 para individuos, \$ 20,300 para las parejas que declaran conjuntamente en 2014, el año más reciente disponible) se cuenta.
- Usando el método por persona, usted paga sólo para las personas en su hogar que no tienen cobertura médica.
- Si tiene cobertura por parte del año, la multa es de 1/12 de la cantidad anual para cada mes que usted o sus dependientes fiscales no tiene cobertura. Si no tiene cobertura solamente 1 o 2 meses, no tiene que pagar la multa.
- Usted paga la multa cuando presente su declaración federal de impuestos para el año que no tiene cobertura.

Si tiene preguntas, usted se puede comunicar con las siguientes agencias:



**Community Action Partnership
210 O St.
Lincoln, NE 68508
402-471-4515**



**Lincoln Lancaster County Health
Department
3131 O Street
Lincoln, NE 68510
402-441-8065**



**People's Health Center
1021 N 27 St.
Lincoln, NE 68503
402-476-1455**

PREGUNTAS

