



La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio 2010, enmendada por la Ley de Cuidados de la Salud y Reconciliación de la Educación de 2010, se conocen en conjunto como la "**Ley de Asistencia Accesible**." Para los efectos de esta presentación, se hará referencia igual: "La Ley del Cuidado de Salud."

Esta sesión se enfoca en el nuevo Mercado de Seguros Médicos (a veces llamado "Mercado" o "Intercambio") y en otras disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud.

Este conjunto de materiales del Programa de Capacitación Nacional de Medicare no es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa Medicare, están contenidas en las leyes, reglamentos, y resoluciones pertinentes.

Objetivos

Esta sesión les ayudará a:

- Explicar el Mercado de Seguros Médicos
- Identificar a las personas que se beneficiarán
- Definir quién es elegible
- Explicar el proceso de inscripción
- Definir las opciones para aquellos con ingresos limitados

Esta sesión les ayudará a

- Explicar el Mercado de Seguros Médicos
- Identificar las personas que se beneficiarán
- Definir quién es elegible
- Explicar el proceso de inscripción
- Definir las opciones para aquellos con ingresos limitados

Temas de la Sesión

1. El Mercado de Seguros Médicos
2. Elegibilidad e inscripción
3. Descuentos en los costos
 - Nuevos impuestos para las primas
 - Reducción del gasto compartido
4. Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés)
5. Asistencia personalizada
6. Puntos claves

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

3

Esta sesión incluirá los siguientes temas:

1. El Mercado del Seguro Médicos
2. Elegibilidad e inscripción
3. Descuentos en los costos
 - Nuevos créditos tributarios/fiscales/impuestos (pago por adelantado de créditos para las primas)
 - Reducción del gasto compartido
4. Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
5. Asistencia personalizada
6. Puntos claves

Introducción

Una manera nueva de comprar un seguro médico cuando las partes clave de la nueva ley entren en vigencia:

El Mercado de Seguros Médicos

Incluso las familias que trabajan pueden obtener ayuda a través del Mercado

- La inscripción comienza el 1 de octubre de 2013
- La cobertura comienza el 1 de enero de 2014



4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

4

El Mercado (también conocido como un Intercambio), es para que los individuos y pequeños negocios puedan comparar directamente algunas opciones competitivas de seguros médicos privados, conocidos como Planes de Salud Calificados, sobre la base de precio, calidad, y otros factores. El Mercado, que estará en pleno funcionamiento a partir del 1 de enero de 2014, ayudará a mejorar la competencia en el mercado de seguros de salud, a mejorar las opciones de seguro de salud y el costo, y ofrecerá a las pequeñas empresas opciones similares a las de las grandes empresas.

Cuando las partes clave de la ley entren en vigor, habrá una nueva forma de comprar seguros de salud: el Mercado de Seguros Médicos

- La inscripción comienza el 1 de Octubre de 2013
- La cobertura comienza el 1 de enero de 2014

Cuando usted compra en el Mercado de Seguros Médicos, la información acerca de los precios y los beneficios está escrita en palabras simples y fáciles de entender, por lo que no tienen que hacerse predicciones acerca de sus gastos. Antes de hacer una elección, tendrá una clara imagen de lo que está pagando y lo que está obteniendo

1. El Mercado de Seguros Médicos

- Ofrecer a las personas y pequeños negocios
 - El acceso a opciones de seguros a bajo costo
 - Conocimiento para comprar algunos seguros médicos privados
 - El acceso a información de seguros médicos
- Comparar los planes de salud calificados



4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

5

El Mercado de Seguros Médicos es una nueva forma de buscar y comprar seguros de salud y solicitar Medicaid (lo que se describe más adelante). El Mercado está diseñado para ayudarles a encontrar un seguro de salud que se adapta mejor a su presupuesto, con menos complicaciones. Las personas que tengan derecho y las pequeñas empresas pueden comprar Planes de de salud privados calificados a un precio costeable.

Las empresas privadas serán quienes vendan y administren los Planes de salud calificados, y cada Plan de salud cubre un conjunto básico de beneficios llamado Beneficios de Salud Básicos. Será posible comparar sus opciones sobre la base del precio, beneficios, calidad y otras características importantes. Los programas nuevos y más amplios estarán directamente incorporados, y muchas más personas que nunca antes podrán obtener una reducción en los costos. Tendrá cobertura y renovabilidad, independientemente de si se trata de una enfermedad preexistente (como el cáncer o la diabetes), sexo, edad, etc.

Cuando compra en el Mercado, la información acerca de los precios y los beneficios está escrita en palabras simples y fáciles de entender, por lo que no tienen que hacer conjeturas acerca de sus gastos. Antes de hacer una elección, obtendrá una clara imagen de lo que está pagando y lo que está obteniendo. Elija un plan desde la comodidad de su hogar, o en cualquier lugar en el que puede acceder a Internet, e inscribirse en línea directamente.

Desde octubre de 2013, mediante una solicitud única, y en un momento, usted y su familia pueden explorar cada Plan de salud calificado en su área. Usted puede incluso ser elegible para un pago anticipado por crédito fiscal que reduce su prima mensual inmediatamente.

Cómo Funciona el Mercado

- Cobertura que se adapte a las necesidades de la persona
- Se puede obtener un nuevo crédito fiscal (impuesto) para ayudar con la prima mensual
 - El pago adelantado del crédito tributario directamente al plan le ayudara a reducir su prima mensual
- Provee ayuda y asistencia en una manera imparcial
- Cobertura médica de calidad que cumple con las normas mínimas
- Fácil de usar

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

6

El Mercado le facilita la búsqueda de cobertura de seguros que se adapta a sus necesidades al:

- Aumentar la costeabilidad. Determinar si usted es elegible para el pago por adelantado de los créditos tributarios para las primas o reducciones por participación en el gasto compartido o programas públicos de seguros para ayudarle con el costo.
- Ofrecer ayuda personalizada. El Mercado puede ayudarle a considerar sus opciones de cobertura y responder a sus preguntas, a través de un sitio web, un centro de llamadas y agencias comunitarias o los individuos designados específicamente como "navegantes" para ayudar a los consumidores. Dependiendo del estado, los agentes de seguros e intermediarios también pueden tener la capacidad de ayudar a los consumidores y a las pequeñas empresas a encontrar opciones de cobertura en el Mercado (si cumplen con los criterios, lo que se explicará más adelante).
- Asegurar la calidad. El Mercado se asegurará de que todos los planes de salud calificados en el mercado cumplen las normas básicas, incluidas las normas de calidad, protección del consumidor, y el acceso a una cadena adecuada de médicos y especialistas clínicos.
- Costos sin suposiciones. Cuando compra en el Mercado, la información acerca de los precios y los beneficios está escrita en palabras simples y fáciles de entender, por lo que no tiene que hacer presunciones acerca de sus gastos. Antes de hacer su elección, obtendrá una imagen clara de que es lo que está pagando y lo que obtiene.
- Mayor transparencia. Se va a publicar en el Mercado información clara y detallada acerca de los precios de los planes de salud, beneficios y calidad para que puedan hacer comparaciones validas entre planes.

Cómo Funciona el Mercado

- Una solicitud determina si es elegible para:
 - Plan de salud calificado a través del Mercado
 - Nuevos créditos fiscales para reducir las primas
 - Reducciones por gasto compartido
 - Medicaid
 - Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés)
- Ofrece opciones de planes y niveles de cobertura
- Las compañías de seguros compiten por el negocio

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

7

A través del Mercado, usted podrá saber si tiene derecho a los nuevos créditos tributarios (que se pueden utilizar inmediatamente para reducir lo que se paga mensualmente por la prima de su plan de salud), reducciones por gasto compartido u otros programas de seguro médico como Medicaid (un programa federal y estatal que cubre a determinadas personas de bajos ingresos y recursos) y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (que cubre a ciertos niños) e inscribirse rápida y fácilmente en el programa correspondiente. Una solicitud única en el Mercado, una sola vez, y podrá ver todos los programas a los que tiene derecho.

El Mercado ofrece competencia, libertad de elección y una influencia unificada. Las compañías de seguros, competirán por los negocios en un campo de juego justo y transparente, que ayudara reducir los costos.

Normas Básicas del Mercado

- Ofrece planes de salud calificados que ofrecen protecciones básicas
- Asegura una gran variedad y buena calidad de planes
- Provee información sobre la prima del plan, deducibles, y costos de su bolsillo antes que usted decida inscribirse
- Permite que usted compare el costo y cobertura entre diferentes planes de salud

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

8

Con el fin de que el Mercado funcione, debe ofrecer solamente planes de salud calificados, que satisfagan las normas mínimas, garanticen alta calidad y una selección de planes para los consumidores, y cubrir los beneficios básicos como son los servicios de emergencia, hospitalización, medicamentos de venta con receta, servicios de prevención y bienestar, de maternidad y cuidados del recién nacido.

Planes Calificados proveen protecciones básicas al consumidor. Información estará disponible sobre la prima del plan, deducibles, y los costos de su bolsillo antes de que usted decida inscribirse. Esto les permitirá que compare “manzanas con manzanas” basado en el costo y la cobertura entre los diferentes planes de salud.

Estos son las normas federales mínimas, pero los estados cuentan con flexibilidad para establecer su propio Mercado.

Planes de Salud Calificados

- Un plan de salud calificado es:
 - Una compañía de seguros con buena reputación y autorizada por el estado
 - Ofrece por lo menos un plan en el nivel plata y uno en el nivel oro
 - Se compromete a cobrar la misma prima directamente a través o fuera del Mercado

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

9

La sección 1301 de la Ley define los planes de salud calificados de la siguiente manera:

(a) PLAN DE SALUD CALIFICADO. -En este título:

(1) EN GENERAL. -El término "Plan de Salud Calificado" significa un plan de salud que:

(A) Cuenta con certificación vigente (que puede incluir un sello o cualquier otra indicación de aprobación) que indica que dicho plan se ajusta a los criterios para la certificación se describen en la sección 1311 (c) expedido o reconocido por cada Mercado a través del cual se ofrece tal plan;

(B) proporciona el paquete básico de beneficios de salud descritos en la sección 1302 (a); y

(C) es ofrecido por un emisor de seguros médicos que-

(I) tiene licencia y se encuentra en regla para ofrecer cobertura de seguro de salud en cada Estado en el que dichos emisores ofrecen cobertura de seguro médico bajo este título; H. R. 3590-45

(II) se compromete a ofrecer al menos un Plan de salud calificado de nivel plata y por lo menos un plan de nivel oro en cada uno de esos Mercado (véase diapositiva 11);

(III) se compromete a cobrar la misma tarifa de prima para cada plan de salud calificado del emisor sin tener en cuenta si el plan se ofrece a través de un Mercado o si el plan se ofrece directamente por el emisor o a través de un agente; y

(IV) cumple con el reglamento elaborado por el Secretario, bajo la sección 1311 (d) y de los demás requisitos aplicables que un Mercado podría establecer.

El Mercado solo puede ofrecer planes de salud calificados, incluyendo Planes de salud dental calificados que cubren beneficios dentales pediátricos.

Beneficios de Salud Esenciales

Los Planes de salud calificados deben cubrir beneficios de salud esenciales que incluyen por lo menos estas 10 categorías

Servicios ambulatorios a pacientes	Medicamentos recetados
Servicios de emergencia	Servicios de habilitación, rehabilitación y equipos médicos
Hospitalización	Servicios de laboratorio
Maternidad y atención del recién nacido	Servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades crónicas
Servicios de salud mental, abuso de sustancias incluyendo el tratamiento psiquiátrico	Servicios pediátricos, incluyendo cuidado dental y ocular

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

10

La Ley provee el establecimiento de un paquete de Beneficios de Salud Esenciales (EHB), que incluye la cobertura de EHB (como lo define el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (el Secretario). La ley establece que los EHB sean iguales en cobertura a los beneficios cubiertos por un plan típico de un empleador y debe cubrir por lo menos las siguientes 10 categorías generales:

1. Servicios de cuidados ambulatorios a pacientes
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Maternidad y atención del recién nacido
5. Servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento
6. Medicamentos recetados
7. Servicios de habilitación y de rehabilitación
8. Servicios de laboratorio
9. Servicios de prevención y bienestar y la gestión de las enfermedades crónicas
10. Servicios pediátricos, incluyendo los cuidados dentales y de la vista

Niveles de Cobertura del Plan

Niveles de cobertura	Plan paga en promedio	Los afiliados deben pagar en promedio* (Además de la prima mensual del plan)
Bronce	60 por ciento	40 por ciento
Plata	70 por ciento	30 por ciento
Oro	80 por ciento	20 por ciento
Platino	90 por ciento	10 por ciento

*Basado en la cobertura total de Planes de salud calificados y puede variar para cada persona afiliada.

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

11

El Valor actuarial, o AV, es una medida del porcentaje de los gastos de atención médica esperados que abarcaría un plan de salud y puede considerarse una medida general sintetizada de la generosidad del plan de salud. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial de un 70 %, en promedio, usted sería responsable de un 30% de los gastos de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, usted podría resultar responsable de un porcentaje mayor o menor del total de los gastos de servicios cubiertos para el año, dependiendo de sus necesidades de cuidados de la salud reales y los términos de su póliza de seguro. Aunque no se toman en cuenta las primas a la hora de calcular el valor actuarial, generalmente los planes con un mayor valor actuarial y un gasto compartido más generoso tienden a tener primas más altas.

La Ley requiere que los planes cumplan ciertos niveles de cobertura llamados "niveles de metal". Cada uno de estos niveles de cobertura se asocia con un valor actuarial, se requiere calcular lo que el estatuto exija en base al suministro de beneficios de salud básicos a una población estándar (e independientemente de la población a la cuál el plan puede proveer los beneficios).

Los niveles de cobertura son los siguientes:

- Nivel Bronce - es un plan de salud que tiene una AV de un 60 por ciento.
- Nivel Plata - es un plan de salud que tiene una AV de 70 por ciento. El plan Plata se utiliza para calcular las reducciones de gasto compartido y créditos fiscales sobre las primas de las personas elegibles.
- Nivel Oro - es un plan de salud que tiene una AV de 80 por ciento.

- Nivel Platino - es un plan de salud que tiene una AV de 90 por ciento.

Programas de Opciones de Salud para Negocios Pequeños (SHOP en inglés)

- El Programa SHOP es para negocios pequeños y sus empleados
 - A partir del 2014, pequeños negocios tendrán más opciones y el control de los costos de seguros médicos
 - Opciones de planes de salud calificados que se ajuste a todos los presupuestos
 - Acceso a créditos tributarios
 - Nuevas protecciones para el consumidor

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

12

Hoy en día, los pequeños negocios tienen dificultades para encontrar y poder costear la cobertura que satisfaga las necesidades de sus empleados. A partir de 2014, tendrán más opciones y control de los gastos del seguro médico a través del Programa de opciones de salud para los pequeños negocios (SHOP). Los empleadores pueden elegir el nivel de cobertura que deseen ofrecer, definir la cantidad que tienen que contribuir a la cobertura del empleado, tener acceso exclusivo a créditos fiscales para los pequeños negocios y beneficiarse de las nuevas protecciones que le ayudarán a obtener un valor real por los dólares invertidos en las primas.

Cómo Funciona SHOP

- Un empleador pequeño que tiene menos de 100 empleados
 - Los estados pueden limitar el programa a compañías con 50 o menos empleados durante los primeros 2 años
 - El Empleador obtendrá acceso al SHOP donde su oficina principal este localizada
 - El empleador debe ofrecer la cobertura a todos los empleados de tiempo completo
- Los propietarios únicos
 - Pueden comprar a través del Mercado más grande en lugar de SHOP

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

13

Los empleadores pequeños deben tener menos de 100 empleados para tener derecho a participar en SHOP, aunque los estados pueden definir a los pequeños empleadores elegibles para participar en SHOP como uno con 50 empleados o menos hasta el año 2016.

§ 155.710 Las normas de elegibilidad para SHOP.

(B) Requisitos de elegibilidad del empleador. Un empleador es un empleador calificado que tiene derecho a comprar cobertura a través de un SHOP si el empleador-

- (1) es un empleador pequeño;
- (2) opta por ofrecer, como mínimo a todos los empleados de tiempo completo, una cobertura QHP a través de un SHOP; y
- (3) o bien-
 - (I) tiene su sede comercial principal en el área de servicio del Mercado (Intercambio) y ofrece cobertura a todos sus empleados de tiempo completo a través de ese SHOP; u
 - (II) ofrece cobertura a cada empleado calificado a través del SHOP que atiende el sitio de trabajo principal del empleado.

(C) Participación en varios SHOP. En caso de que el empleador cumpla con los criterios establecidos en el párrafo (b) de esta sección y hace la elección que se describe en el punto (b)(3)(ii) de esta sección, un SHOP deberá permitir que el empleador pueda ofrecer cobertura a aquellos empleados cuyo sitio de trabajo principal está en el área de servicio del SHOP.

Quienes son propietarios únicos se consideran como individuos y **pueden** comprar en el Mercado, pero no a través de un SHOP.

Establecimiento del Mercado

- Cada estado puede elegir
 - Crear y administrar su propio Mercado
 - Asociarse con el gobierno federal para administrar algunas funciones del MercadoTener un Mercado creado y administrado por el gobierno federal

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

14

Un estado tiene una gran flexibilidad para crear un Mercado que satisfaga las necesidades de sus ciudadanos. Los estados del país han recibido fondos financieros para establecer nuevos Mercados. Los Estados pueden crear y operar su propio Mercado o participar en una asociación en la que el estado administra algunas de las actividades del Mercado operado por el gobierno federal. Una Asociación Mercado le permite a los estados formular recomendaciones para las decisiones clave y ayudar a adaptar el Mercado a las necesidades locales y las condiciones del mercado. El gobierno federal establecerá y operará un Mercado en los estados que no establezcan sus propias unidades.

Algunos estados que decidieron operar su propio Mercado presentaron una carta de intención y una solicitud. Los estados también pueden solicitar la participación en una Asociación Estado Mercado con el gobierno federal para el 15 de febrero de 2013. Los Estados podrán solicitar administrar su propio Mercado en cualquier momento en los años futuros.

El Estado Establece Un Mercado

- Los Mercados administrados por el estado pueden ser operados por
 - Una entidad sin fines de lucro
 - Una entidad gubernamental independiente
 - Una agencia estatal existente
 - Agencia estatal de Medicaid
 - Departamento de seguros
 - Otras

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

15

Un estado puede operar un Mercado como una entidad sin fines de lucro establecida por el estado, un organismo público independiente o como parte de una agencia estatal. Los Mercados que son administrados por organismos independientes o sin fines de lucro deben tener principios de gobernabilidad, incluir representación de los consumidores y garantizar que no existan conflictos de intereses y promover normas de ética y de divulgación financiera.

El Estado No Establece Un Mercado

- Si el estado no establece un Mercado
 - El gobierno federal establecerá el Mercado
 - Los estados pueden trabajar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés) para realizar actividades en las siguientes áreas
 - Administración del plan, y/o
 - Ayuda al consumidor, y educación
 - El estado podrá solicitar aprobación en los años siguientes para establecer y operar un Mercado a nivel estatal

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

16

Si el estado decide no crear y administrar su propio Mercado :

- El gobierno federal establecerá el Mercado
- El estado puede colaborar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para realizar actividades en estas áreas
 - Administrar el plan, y/o
 - Ayudar al consumidor, educación y divulgación
- Los estados podrán solicitar administrar su propio Mercado en cualquier momento en los años futuros. Un estado que busca obtener la aprobación de su Mercado después del 1 de enero de 2013, debe tener en vigor un Modelo del Mercado aprobado, o aprobado condicionalmente y una evaluación de la disponibilidad operativa, al menos 12 meses antes de la primera fecha de vigencia de cobertura del Mercado, y desarrollar un plan conjunto con el HHS para facilitar la transición a un Mercado de estado.

Establecimiento del Mercado

- Apoyo Federal para gastos iniciales
 - Existen fondos federales disponibles para los estados para planificar y establecer el Mercado
 - Fondos federales tienen que ser otorgados antes del 1 de enero, 2015, pero son disponibles para establecer Mercados hasta que estén gastados
 - Después del 1 de enero, 2015
 - No se otorgarán fondos para gastos operativos
 - El Mercado debe ser económicamente autosustentable

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

17

Los costos de los estados para establecer un Mercado y las pruebas de las operaciones del Mercado durante 2014 pueden ser financiados con subvenciones con cargo a la sección 1311 (a) de la Ley. Además, las subvenciones con cargo a la sección 1311 se podrán otorgar hasta el 31 de diciembre de 2014, para las actividades de establecimiento aprobadas y financian las actividades de iniciación del primer año (es decir, las actividades en el año 2014 dentro de la concesión de la subvención aplicable).

Un estado puede también recibir subvenciones para establecer y probar funciones que el estado realiza en apoyo de un Mercado establecido por el gobierno federal, incluyendo a una Asociación Mercado Estatal. Por lo general, no será necesario que los estados reembolsen los fondos, siempre que los fondos se utilicen para las actividades aprobadas en el acuerdo de subvenciones y cooperación. Por ley, los estados que operan un Mercado en el año 2014 deben asegurarse de que sus Mercados son autosostenibles financieramente en enero 1 de 2015.

NOTA: los Navegantes no pueden recibir pagos a través de estas subvenciones, pero sí mediante fondos operativos.

2. Elegibilidad e Inscripción

- La elegibilidad del Mercado requiere lo siguiente
 - Vivir en el área de servicio, y
 - Ser ciudadano de los EE.UU.. O estar nacionalizado, o
 - No-ciudadano que se encuentre legalmente en los EE.UU durante todo el período para el cual solicita inscripción
 - No estar encarcelado

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

18

El Mercado debe determinar la elegibilidad de un solicitante para la inscripción en un Plan de salud calificado (QHP) a través del Mercado si cumple con los siguientes requisitos:

- Cumple con la norma aplicable de residencia; vive en el estado atendido por el Mercado, o si es diferente, el área de servicio del Mercado.
- Ciudadanía, la condición de nacional o su presencia legal. Es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es un no-ciudadano que se encuentra legalmente en los Estados Unidos, y es razonable esperar que se convierta en un ciudadano, nacional o de un no-ciudadano presente durante el período de inscripción que se solicita.
- No estar encarcelado, salvo si el encarcelamiento está pendiente en espera de la disposición de los cargos.

NOTA: si cumple con los requisitos de elegibilidad, se le considera un "individuo calificado".

Cuándo se puede inscribir

- El primer período de inscripción para el nuevo Mercado comienza el 1 de octubre del 2013 y termina el 31 de marzo del 2014
- Después, cada año el Período de Inscripción comenzará el 15 de octubre y termina el 15 de diciembre
- Durante el año si habrá un *Período de Inscripción Especial* disponible para ciertas circunstancias

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

19

El Mercado solo puede permitir a un individuo calificado a inscribirse en un Plan de salud calificado (QHP) o cambiar de QHP durante el período de inscripción abierta inicial, el período de Inscripción Abierta anual o un período de inscripción especial para el cual se ha determinado que la persona es elegible.

NOTA: más adelante, en la presentación hablaremos de Medicaid y el Programa de Seguro médico para niños (CHIP). Usted puede solicitar su inscripción a estos programas en cualquier momento.

Período de Inscripción Abierta anual

Para el período de beneficio del 2015 en lo adelante, el Período de Inscripción Anual abierta comienza el 15 de octubre y se extiende hasta el próximo día 7 de diciembre del año natural anterior. Por ejemplo, el 15 de octubre del 2014, los individuos calificados pueden comenzar la inscripción de cobertura que se inicia el 1 de enero de 2015.

Inscripción automática

El Mercado pueden inscribir automáticamente a las personas calificadas, en el momento y la forma como el HHS especifique, y a reserva de que el Mercado le demuestre al HHS que tiene razones justificadas para llevar a cabo esas inscripciones.

Notificación del Período de Inscripción Abierta anual

A partir de 2014, el Mercado debe proporcionar una notificación por escrito de la Inscripción Abierta anual a cada afiliado no antes del 1 de septiembre, y a más tardar, el 30 de septiembre.

Período de Inscripción Abierta Inicial

- 1 de octubre del 2013 - 31 de marzo del 2014

Inscribirse durante el Período de Inscripción Abierta	Su cobertura está vigente *
En o antes del 15 de diciembre del 2013	1 de enero del 2014
Entre los días 1 al 15 del mes de enero - marzo	Primer día del mes siguiente
Entre el 16 y el último día del mes de diciembre - marzo	Primer día del segundo mes siguiente

* Puede que algunas excepciones permitan fechas anteriores de vigencia

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

20

El primer período de inscripción abierta comienza el 1 de octubre del 2013 y se extiende hasta el 31 de marzo del 2014. Si el Mercado recibe una solicitud para un plan de salud calificado (QHP) de un individuo calificado:

- Desde el 1 de octubre al 15 de diciembre del 2013, el Mercado debe asegurar una fecha de vigencia de la cobertura a partir del 1 de enero del 2014.
- Entre el primero y el decimoquinto día de cualquier mes subsiguiente durante el Período de Inscripción Abierta inicial, el Mercado debe garantizar una fecha de comienzo de la cobertura a partir del primer día del mes siguiente.
- Entre el primero y el decimoquinto día de cualquier mes subsiguiente entre diciembre del 2013 y marzo 31 del 2014, el Mercado debe garantizar una fecha de comienzo de la cobertura a partir del primer día del segundo mes siguiente.

El Mercado tiene una opción para permitir fechas efectivas más pronto. Sujeto a que el Mercado le demuestre a HHS que todos sus emisores de QHP acuerdan hacer efectiva la cobertura en un intervalo de tiempo más corto que los antes mencionado, el Mercado puede hacer uno o ambos de los siguientes para todas las personas que tengan derecho:

- Si el mercado recibe una solicitud para un plan de salud calificado (QHP) de un individuo calificado, el Mercado puede proporcionar una fecha efectiva anterior, siempre y cuando: (A) La persona calificada no se ha determinado que califica para el pago anticipado del nuevo crédito tributario o las reducciones por gasto compartido; (B) la persona paga la prima completa para el primer mes de cobertura parcial, así como todos los gastos compartidos.
- Si el mercado recibe una solicitud para un plan de salud calificado (QHP) de un individuo calificado en una fecha determinada por el Mercado después del decimoquinto día del mes por cualquier mes entre diciembre del 2013 y el 31 de marzo del 2014, el Mercado puede proporcionar una fecha de vigencia de la cobertura a partir del primer día del mes siguiente.

Período de Inscripción Especial (SEP en inglés)

■ Puede inscribirse o cambiar de Plan

- Este período dura 60 días después de un evento calificador en el mercado individual o 30 días en el mercado de grupo pequeño

Eventos calificadores SEP	
Pérdida de cobertura mínima básica	Violaciones del contrato por parte de los Planes de Salud
Obtener o convertirse en un dependiente	Obtención o pérdida de elegibilidad para créditos tributarios para pagos de las primas o reducciones por gasto compartidos
Obtener estatus legal migratorio	Relocalización que resulta en una selección de Planes de Salud nuevos o diferentes
Errores de inscripción del Mercado	Circunstancias excepcionales

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

21

El Mercado debe permitir que las personas calificadas y los afiliados se inscriban en un Plan de salud calificado (QHP) o cambiar de un QHP a otro como consecuencia de las siguientes eventos de calificación:

- (1) Una persona calificada o un dependiente pierde la cobertura mínima básica*; (sin incluir el despido o la pérdida debido a falta de pago de las primas de manera oportuna, incluyendo las primas COBRA antes de que termine el plazo de cobertura COBRA, o un acto, práctica u omisión que constituye fraude).
- (2) Un individuo calificado obtiene un dependiente o se convierte en un dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción;
- (3) Una persona que antes no era un ciudadano, nacional o estaba legalmente presente y obtiene alguno de esas condiciones;
- (4) La inscripción o no de una persona calificada en un QHP es involuntaria, por accidente, o equivocación y es el resultado de un error, tergiversación o inacción de un funcionario, empleado o agente del Mercado o el HHS, o de sus instrumentos, según la evaluación y determinación por el Mercado. En tales casos, el Mercado puede tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de ese error, tergiversación o inactividad.
- (5) Un afiliado inscrito correctamente demuestra al Mercado que la QHP en la que está inscrito ha violado sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el afiliado;
- (6) Un individuo se determina como calificado recientemente o no calificado recientemente por un nuevo crédito fiscal o tiene un cambio en las condiciones exigidas para reducciones por gasto compartido, independientemente de si esa persona ya está inscrita en una QHP. El Mercado debe permitir a las personas cuya cobertura existente a través de un plan elegible patrocinado por el empleador dejará de ser costeable o de proporcionar un valor mínimo para su empleador el próximo plan año accedan a este periodo especial de inscripción antes del fin de su cobertura a través de esos planes elegibles auspiciados por el empleador;
- (7) Una persona calificada o un afiliado logra acceder a un QHP nuevo como resultado de un traslado permanente;
- (8) Un indígena, tal como se define en el artículo 4 de la Ley de mejoramiento de la atención de la salud indígena, puede inscribirse en un QHP o cambiar de uno a otro QHP una vez por mes (vea la siguiente diapositiva); y
- (9) Una persona calificada o un afiliado demuestra al Mercado, de conformidad con las directrices del HHS, que la persona cumple con otras circunstancias excepcionales, tales que el Mercado pudiera considerar.

El SEP dura 60 días desde un evento calificador para el mercado individual y 30 días para el mercado de grupo pequeño.

Período de Inscripción sólo para Miembros de Tribus Indígenas Federales

- Pueden inscribirse o cambiar de Plan de Salud Calificado (QHP en inglés)
 - Una vez al mes
- Puede cambiar de uno a otro QHP
 - Una vez al mes

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

22

La Ley también incluye la renovación de la autorización permanente de la Ley de mejoramiento de la atención de la salud indígena (IHCIA), que amplía las leyes actuales y autoriza nuevos programas y servicios dentro del Servicio de Salud Indígena (IHS), y establece disposiciones especiales para los indígenas, incluyendo Períodos de Inscripción Especial. Un indígena, tal como se define en la Sección 4 de la Ley de mejoramiento de la salud indígena, puede inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP) o cambiar de un plan a otro una vez al mes.

Proceso de Inscripción

- Llenar sólo una solicitud sencilla
 - La inscripción en un Plan de Salud Calificado en el Mercado
- Se informará si es elegible para:
- Nuevo crédito fiscal y reducción del gasto compartido
 - Medicaid
 - Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Las solicitudes pueden presentarse
 - En línea
 - Por teléfono
 - Por correo
 - En persona

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

23

Los Estados utilizarán una solicitud única simplificada de cobertura a través del Mercado de seguros de planes privados, el nuevo crédito tributario, la reducción de los gastos compartidos, Medicaid, y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Los Estados podrán utilizar otro tipo de solicitud si es aprobada por el Secretario del HHS.

Las solicitudes se pueden presentar en línea, por teléfono, por correo o en persona.

La Misma Solicitud - Resultados Diferentes

		
<p>Benjamín solicitó y compró su seguro en el Mercado.</p>	<p>Alicia solicitó y obtuvo cobertura de Medicaid para ella su hija.</p>	<p>Jaime solicitó y compró su seguro en el Mercado y tuvo derecho al nuevo crédito fiscal que reduce su prima mensual.</p>
<small>4/08/2013</small>	<small>El Mercado de Seguros Médicos</small>	<small>24</small>

El proceso de solicitud se ha simplificado con el fin que se puede solicitar y averiguar si usted y/o los miembros de su familia califican para la cobertura del Mercado, el nuevo crédito fiscal, reducción del gasto compartido, Medicaid y/o CHIP. Aquí se muestra fotos de Benjamín, Alicia y Jaime. Benjamín solicitó and compró un seguro del Mercado. Alicia solicitó y recibió cobertura de Medicaid para ella y su hija. Y Jaime solicitó y compró un seguro en el mercado, y también califico para el nuevo crédito tributario que reducirá su prima mensual inmediatamente.

3. Costo del Mercado

- La ayuda financiera disponible incluye
 - Nuevos créditos tributarios para reducir su prima
 - Reducción del gasto compartido

La cobertura será más costeaible para los consumidores a través de los nuevos créditos tributarios, también llamados Créditos tributarios anticipados para primas, y la reducción del gasto compartido. Esta asistencia financiera es para ayudar a que los consumidores de bajos ingresos que no tiene derecho a otras coberturas de seguro puedan comprar cobertura de seguro.

¿Quién es Elegible para los Nuevos Créditos Tributarios para las Primas?

- La elegibilidad para el nuevo crédito fiscal se basa en
 - Los ingresos de los hogares y el tamaño de la familia para el año
 - Los ingresos entre el 100% y el 400% del nivel federal de pobreza (FPL en inglés) (\$23,550 – \$94,200 para una familia de cuatro en el 2013)
 - La inelegibilidad para cobertura de otros beneficios de salud, aparte de los del mercado de seguros particulares
- La cantidad del crédito fiscal depende de los ingresos como porcentaje del FPL
 - Basado en sus ingresos
 - Basado en el costo del segundo plan de salud plata más bajo, que se ajusta para la edad y la clasificación de la persona cubierta
 - Limita pagos de primas a través de un porcentaje de los ingresos

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

26

Con la mayoría de los créditos fiscales, usted tendrá que esperar hasta presentar la declaración de impuestos para obtener el crédito. Pero los nuevos créditos fiscales sobre las primas disponibles en el mercado le permiten reducir los gastos de inmediato. Las personas calificadas pueden aprovechar los créditos fiscales en forma de pagos por adelantado para reducir las primas mensuales de su plan de salud a partir de 2014, lo que puede ayudar a hacer que el seguro sea más costeable.

Los créditos fiscales sobre las primas están disponibles en general para los individuos y las familias con ingresos de entre 100% y 400% del Nivel federal de pobreza

(\$23,550 – \$94,200 para una familia de cuatro en el 2013

que no tienen acceso a otros tipos de cobertura mínima básica, lo cual hará la cobertura mucho más costeable para la clase media. La Oficina de Presupuesto del Congreso estima que cuando la Ley se incorpore totalmente, los créditos fiscales sobre las primas ayudarán a 20 millones de estadounidenses a solventar el seguro médico.

El crédito tributario se aplicará cuando se inscribe a la cobertura QHP a través del Mercado y el pago irá directamente a la compañía de seguros. Cuando usted presente la solicitud, proporcionara los ingresos de su hogar, la identificación para demostrar que está en los Estados Unidos de manera legal e información adicional. El Mercado determina qué beneficios puede recibir (Medicaid, Plan de Salud para niños , y créditos tributarios). Podrá

comparar los Planes de salud calificados que se ofrecen, cada uno incluye una descripción clara de los beneficios y costos. Al comprar el plan, los créditos tributarios se usan para reducir sus gastos de la prima mensual. Puede ahorrar más dinero si usted elige un plan menos costoso. Los aumentos en las primas de acuerdo con la edad están incluidos cuando se calculan los créditos tributarios sobre las primas. El pago anticipado de los créditos tributarios para las primas se reconcilia al final del año fiscal.

¿Quién es Elegible para Una Reducción por Gasto Compartido?

- La elegibilidad para reducir gastos compartidos se basa en
 - Ingresos del 250% del FPL o menores (\$58,875 anuales para una familia de cuatro personas en el 2013)
 - Recibir los nuevos créditos tributarios
 - Cumplir los requisitos de inscripción
 - Inscripción en un plan de nivel plata del Mercado
- Los integrantes de las tribus indígenas reconocidas federalmente.
 - No habrá ningún copago ni ningún otro gasto compartido si los ingresos son <300% del FPL

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

27

Las reducciones de gasto compartido están disponibles para ayudar a los consumidores a pagar la cobertura de seguros que compró en el Mercado.

Para ser elegible para las reducciones de gasto compartido, un consumidor debe tener un ingreso familiar menor o igual al 250% del Nivel federal de pobreza (FPL), que es de \$58,875 por año para una familia de cuatro en el año 2013, cumple con los requisitos para inscribirse en un plan de salud a través del Mercado y recibir los nuevos créditos fiscales, y se inscribe en un plan nivel plata a través del Mercado.

Un consumidor que es un integrante de una Tribu indígena reconocida federalmente también puede ser elegible para reglas especiales de gasto compartido. Algunos de los indígenas estadounidenses e indígenas de Alaska que compren un seguro médico a través del Mercado no tienen que realizar copagos o cualquier otro gasto compartido si sus ingresos son menores al 300 por ciento del Nivel federal de pobreza, que es de unos \$70,650 para una familia de cuatro (\$88,320 en Alaska).

Planes Catastróficos

- ¿Quién es elegible?
 - Los adultos jóvenes menores de 30 años de edad
 - Aquellos que no pueden pagar la cobertura y obtienen una excepción a través del Mercado
- ¿Qué es cobertura catastrófica?
 - Planes con altos deducibles y bajas primas
 - Incluye 3 consultas médicas de atención primaria y servicios preventivos sin costos
 - Protege a los consumidores de los altos costos de su bolsillo

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

28

Los planes catastróficos tienen primas más bajas, protegerán contra los altos gastos directos de su bolsillo y cubren los servicios preventivos sin costo compartido, además ofrecen opciones de cobertura individual a los jóvenes adultos y personas para las que la cobertura sería incosteable de otra manera.

4. Medicaid y CHIP

- Medicaid y CHIP
 - Elegibilidad extendida bajo la nueva ley
- Simplifica la elegibilidad
- Coordinado con la nueva cobertura del Mercado
 - No hay mal selección
 - Una solicitud simplificada para todos los programas
 - Nuevo sitio web con información sobre programas y opción de inscribirse

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

29

La Ley establece un sistema unificado de la cobertura del seguro de salud en todo el Mercado, Medicaid y el Programa de Seguro médico para niños. Medicaid y CHIP servirán como el fundamento de este nuevo sistema, ofreciendo cobertura a adultos y niños de bajos ingresos, y el Mercado para atender a personas con ingresos ligeramente más altos. Las nuevas normas de elegibilidad para los tres programas se alinearán y serán más fáciles de entender para las familias y todos tendrán la oportunidad de inscribirse en la cobertura mediante una única solicitud unificada.

La nueva ley garantiza que todas las personas tengan la oportunidad de solicitar cobertura de salud mediante una sola solicitud. También habrá un sitio web disponible donde las familias pueden enterarse de sus opciones de cobertura y hacer la solicitud en línea. La solicitud está diseñada para guiar a la familia a través del proceso y garantizar que se haya determinado su elegibilidad para el programa de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.

Elegibilidad para Medicaid en 2014

- Extiende la cobertura de Medicaid a
 - Personas de entre 19 - 65 años de edad con ingresos de hasta el 133% del nivel federal de pobreza (\$15,282 /año para un individuo , \$31,322/año para una familia de 4 en el 2013)
- Cobertura de Medicaid para todos los niños
 - Con ingresos de hasta un 133% del FPL
- Cambio a una forma simplificada de cálculo de los ingresos para determinar la elegibilidad para Medicaid y CHIP
 - Conocido como Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI en inglés)

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

30

La Ley cierra las brechas actuales en la cobertura de los estadounidenses más pobres mediante la creación de un nivel del derecho mínimo de Medicaid en todo el país. Desde principios de enero de 2014, las personas menores de 65 años de edad, con ingresos de hasta un 133 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL) tendrán derecho a Medicaid en aquellos estados que decidan continuar con la expansión de Medicaid. Además, todos los niños con ingresos de hasta un 133% del FPL serán elegibles para Medicaid. Aquellos estados que anteriormente daban cobertura a estos niños a través del programa CHIP seguirán recibiendo la tasa de equivalencia CHIP mejorada.

Por otra parte, las normas para calcular los ingresos, con los fines de determinar la elegibilidad para Medicaid y CHIP serán mucho más sencillas y más fáciles de entender para las familias.

La Ley de atención de la Salud hace costeable la cobertura para millones de personas que, de otra manera, quedarían sin seguro.

Simplificación de Medicaid y CHIP

- Normas modernizadas para basarse en datos electrónicos
 - Reducir la necesidad de documentación en papel
- Solicitudes en línea, por teléfono, por correo o en persona
- Período de elegibilidad de 12 meses para
 - Adultos
 - Padres
 - Niños
- Proceso simplificado para renovar la cobertura

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

31

La nueva norma simplifica para la elegibilidad, la inscripción y el proceso de renovación de Medicaid y CHIP funcionara de las siguientes maneras:

- Moderniza los procedimientos de verificación de elegibilidad, al depender principalmente de fuentes de datos electrónicos a la vez que otorga flexibilidad a los estados para determinar la utilidad de los datos disponibles antes de requerir información adicional de los solicitantes, y simplifica los procedimientos de verificación de los estados a través de la operación de servicios de datos mediante un concentrador de servicios de datos federales que se enlaza con las fuentes de datos federales (p. ej. Seguro Social y Seguridad Nacional).
- Se codifica la política actual de Medicaid de modo que la elegibilidad se renueva, primero con una evaluación de la información disponible mediante fuentes de datos existentes y limita las renovaciones de las personas inscritas a través de las reglas simplificadas basadas en el ingreso, a una vez cada 12 meses, a menos que cada uno de los informes individuales cambie o la agencia cuenta con información para solicitar una reevaluación de la elegibilidad.

5. Asistencia con la Inscripción

- Ayuda disponible en cada Mercado
 - Centro de llamadas gratis para atenderlo
 - Sitio Web
 - Programa de Navegación
 - Consejeros para la inscripción
 - Ayuda en persona
 - Organizaciones comunitarias
 - Agentes e intermediarios (decisión del estado)

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

32

Si tiene preguntas o necesita ayuda con la solicitud, existen varios recursos que estarán disponibles, incluido un centro atención telefónica gratuito y sitio web con herramientas de comparación. También hay varios programas para ayudarle a través del proceso de inscripción y uso del seguro médico, incluido el programa de Navegantes.

Las organizaciones comunitarias, los agentes y corredores de seguros, y otros asistentes terceros también jugarán un papel importante en ayudar a la gente a solicitar la cobertura de seguro médico. La regla final establece maneras con las que los agentes y corredores pueden ayudar a los consumidores y a las pequeñas empresas a inscribirse a través del Mercado si el estado así lo decide.

Para obtener información sobre la inscripción en Medicaid o el Programa de Seguros Médicos para Niños (CHIP), consulte con su Asistencia Médica Estatal (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227) para obtener su número de teléfono. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877 -486-2048. O, visite www.medicare.gov/contacts y busque la información de contacto de la oficina de Medicaid de su estado.

Programa de Navegantes

- Programa pagado y patrocinado por cada Mercado
- Los navegantes son para:
 - Educar al público sobre el Mercado
 - Ofrecer información objetiva acerca de la inscripción
 - Ayudar a los consumidores a entender las diferencias de los planes de salud
 - Ayudar con la inscripción para el Mercado
- Proveer información cultural y lingüísticamente apropiada
- Dar referidos
- Puede ser un agente o intermediario de seguros, si se cumplen las normas
 - No puede recibir pagos por el emisor por inscribir a personas en QHP/no-QHP
- Otro tipo de asistencia también puede estar disponible más allá de los Navegantes

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

33

El Mercado debe establecer un programa de subvenciones para financiar las entidades o personas llamadas "Navegantes" que proporcionarán asistencia al consumidor. Los Navegantes le ayudarán a comprender las nuevas opciones de seguro médico disponibles en el Mercado y le ayudarán a seleccionar un plan de salud.

El objetivo principal de los Navegantes es aumentar la conciencia pública sobre el Mercado, llegar a poblaciones diversas y proveer referencias.

Para asegurarse de que los Navegantes proporcionan información objetiva y exacta, el Mercado debe desarrollar normas sobre conflicto de intereses y programas de capacitación para los Navegantes.

Los Navegantes no pueden recibir un pago de los emisores de seguros médicos por inscribir a los consumidores, los empresarios, o los empleados en Planes de salud calificados o en Planes de salud no-calificados fuera del Mercado. Sin embargo, pueden ayudar a los consumidores con otras funciones de inscripción no asistidas por Navegantes, tal como se establece en 42 CFR en 155,220 .

Los agentes y corredores pueden servir como Navegantes en la medida en que se cumplen todas las demás normas de los Navegantes.

Ayuda y Asistencia

- Los Navegantes, agentes y corredores pueden ayudar a:
 - Buscar y encontrar planes
 - Elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

34

Los Navegantes, agentes y corredores pueden ayudar a los empleadores a encontrar, seleccionar, e inscribirse en la cobertura. El programa de los Navegantes informará a los individuos y pequeños empleadores acerca de la disponibilidad de planes de salud calificados en el mercado. En realidad, los Navegantes no inscriben a las personas.

Recursos Disponibles Actualmente

■ Cuidadodesalud.gov

Un Buscador-de-seguros es:

- Una herramienta de información para identificar las opciones de cobertura médica privada y pública
- Hace una selección a través de una variedad de opciones
- Identifica información que podrá ser ideal para usted



4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

35

El Buscador de Seguros (en inglés es www.HealthCare.gov y en español es www.cuidadodesalud.gov) es una herramienta que puede ayudarle a identificar las opciones de cobertura médica disponibles en su área, tanto privadas como públicas. El Buscador selecciona a través de las opciones disponibles para ayudarle a identificar las que pueden ser las correctas para usted.

6. Puntos Clave para Recordar

- ✓ El Mercado es una nueva forma de encontrar y comprar un seguro médico
- ✓ Personas y pequeños negocios pueden comprar un seguro médico que se ajuste a su presupuesto
- ✓ Los estados tienen flexibilidad para establecer su propio Mercado
- ✓ Hay ayuda financiera para las familias trabajadoras y otras personas con ingresos limitados
- ✓ Hay asistencia disponible para ayudarle a obtener la mejor cobertura para sus necesidades

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

36

He aquí algunos de los puntos clave para recordar:

- El Mercado es una nueva forma de encontrar y comprar un seguro médico
- Los individuos y las pequeñas empresas pueden comprar un seguro médico que se ajuste a su presupuesto
- Los estados tienen flexibilidad para establecer su propio Mercado
- Hay ayuda financiera para las familias trabajadoras y otras personas con ingresos limitados
- Hay asistencia disponible para ayudarle a obtener la mejor cobertura para sus necesidades

Puntos Clave para Recordar

- ✓ Tiene opciones
- ✓ La cobertura a través del empleador continuará
- ✓ Se seguirán vendiendo seguros fuera del Mercado
 - No es necesario hacer su compra en el Mercado
- ✓ El Mercado es el único sitio para obtener
 - Nuevos créditos tributarios
 - Reducciones por gastos compartidos

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

37

Usted tiene opciones No se obligará a nadie a comprar su cobertura en el Mercado. Es voluntario inscribirse a través del Mercado; la cobertura basada en el empleador continuará; y se seguirán vendiendo seguros fuera del Mercado.

El Mercado va a ser la única manera de acceder a los nuevos créditos fiscales y a las reducciones por gasto compartido para ayudar con los gastos de la atención médica.

¿Necesita más Información Acerca del Mercado de Seguros Médicos?

- Suscríbase para recibir alertas a través de su correo electrónico o mensajes de texto en cuidadodesalud.gov
- Información y recursos para las organizaciones asociadas están disponibles en cuidadodesalud.gov
- También tenemos 2 cuentas de redes sociales: Facebook y Twitter

4/08/2013

El Mercado de Seguros Médicos

38

¿Necesita más información sobre el Mercado del Seguro Médico?

Suscríbase para recibir correo electrónico y mensajes de texto en signup.healthcare.gov

Las actualizaciones y los recursos para las organizaciones asociadas están disponibles en www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/HIMarketplace/index.html

¡Únase a nosotros con Me gusta en Facebook y síganos en Twitter!