

LO QUE DEBE SABER

Pasar de Medicaid a la Cobertura del Mercado

Ahora que la emergencia del COVID-19 ha terminado, el gobierno está reiniciando el proceso anual de garantizar que las personas que reciben Medicaid o CHIP sigan cumpliendo con los requisitos para estos programas. El proceso se llama Medicaid Redetermination. Asegura que Medicaid siga siendo fuerte y pueda servir a quienes más lo necesitan.

Desde que la pandemia del COVID comenzó en 2020, algunas cosas pueden haber cambiado para usted, incluyendo dónde vive o trabaja, y cuánto dinero gana. Como resultado, algunas personas pueden perder su cobertura de Medicaid o CHIP, pero usted todavía tiene otras opciones. Es posible que su empresa le ofrezca un seguro médico. O puede comprar un plan -con ayuda financiera si reúne los requisitos- en los mercados de seguros estatales.

¿Qué es la cobertura del Mercado de Seguros Médicos?

Es posible que las cosas hayan cambiado para usted desde el inicio de la pandemia de COVID-19 - incluyendo dónde vive, dónde trabaja y cuánto gana. Como resultado, es posible que ya no tenga derecho a Medicaid. Pero es posible que pueda conseguir un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos (también conocido como "Mercado" o "intercambio"). El Mercado ofrece opciones de cobertura médica a las personas que no tienen acceso a una cobertura a través de su trabajo y no reúnen los requisitos para Medicaid y Medicare.

En la mayoría de los estados, el gobierno federal gestiona el Mercado a través de [cuidadodesalud.gov](https://www.cuidadodesalud.gov), aunque algunos estados gestionan sus propios Mercados en sitios web diferentes. De media, las personas que buscan cobertura a través de los Mercados pueden elegir entre 6 y 7 proveedores de salud.

La mayoría de las personas que tienen cobertura en el Mercado pueden calificar para planes de ahorro, o subsidios, que les ayuden a reducir sus gastos médicos.

Estos ahorros, o subsidios, se basan en los ingresos y el tamaño de la unidad familiar.

¡ACTÚE AHORA!

Si pierde la cobertura de Medicaid, puede ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo coste a través del Mercado de Seguros Médicos.

Visite [cuidadodesalud.gov](https://www.cuidadodesalud.gov) para encontrar e inscribirse en un plan de salud o llame al Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos al 1-800-318-2596.



ACTUALICE su información con el programa Medicaid de su estado



VIGILE su correo electrónico, correo postal y mensajes de texto para obtener más información sobre cómo renovar su cobertura



CONTESTE en cuanto reciba información para que no se produzca una baja en su cobertura sanitaria

Más información sobre Medicaid en su estado:

[Renovar su cobertura de Medicaid o CHIP | Medicaid](#)

Si tiene derecho a un seguro médico a través de su trabajo, **dispone de 60 días para inscribirse** a partir de la fecha en que pierda la cobertura de Medicaid.

Diferencias clave entre Medicaid y la cobertura del Mercado

	Medicaid	Cobertura del Mercado
Costes	Pagado por el gobierno y los contribuyentes. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid no pagan una prima mensual, ni por los servicios cuando reciben atención sanitaria o medicamentos.	Las personas inscritas en la cobertura del Mercado pagan una prima mensual directamente a su proveedor de seguro médico. La mayoría de las personas cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera para reducir los costes mensuales. La mayoría de las personas inscritas pueden encontrar un plan por menos de 10 dólares al mes. Las personas inscritas en la cobertura del Mercado pueden tener gastos de bolsillo -incluidos deducibles, copagos o coseguros- cuando buscan atención médica o medicamentos. Algunas personas pueden optar a una ayuda económica adicional que les permita ahorrar más en estos gastos de bolsillo. Los costes varían de un plan a otro. Asegúrese de saber qué ofrece cada plan y qué significan los términos importantes para poder elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades.
Beneficios	Cubre la mayor parte de la atención médica, como visitas al hospital y al médico, pruebas de laboratorio y radiografías, atención de salud mental, servicios de asistencia domiciliaria y medicamentos con receta. Medicaid cubre revisiones anuales, vacunas, atención preventiva y otros servicios de bienestar. En algunos estados, Medicaid cubre otros servicios como atención dental, servicios oftalmológicos, anteojos y transporte médico rutinario.	Cubre la mayor parte de la asistencia médica, como visitas al hospital y al médico, medicamentos con receta, atención de urgencia, salud mental y hospitalizaciones. Los beneficios varían de un estado a otro y de un plan a otro, así que asegúrese de saber qué prestaciones y servicios están incluidos en su cobertura y cuáles no. Para más información sobre las prestaciones de un plan, póngase en contacto con el proveedor de seguros médicos que ofrece ese plan.
Tipos de cobertura	La mayoría de los beneficiarios de Medicaid reciben atención sanitaria a través de organizaciones de atención sanitaria gestionada ("Managed Care Organizations", MCOs). Las personas pueden elegir su MCO, pero hay muy pocas diferencias en cuanto a prestaciones y gastos directos. Las principales diferencias radican en los proveedores específicos disponibles a través de cada MCO. Diez estados no utilizan MCOs: en esos estados, todos los beneficiarios de Medicaid eligen entre los mismos proveedores elegidos por el estado.	El Mercado ofrece cuatro categorías diferentes de planes de salud: Bronce, Plata, Oro y Platino. Elegir entre estas categorías no tiene por qué ser complicado. Las principales diferencias entre las categorías son la cantidad que paga en primas mensuales frente a la cantidad que paga de su bolsillo por los servicios médicos. <ul style="list-style-type: none"> • Los planes Bronce tienen las primas más bajas, pero los gastos de su bolsillo serán más elevados cuando necesite atención médica. Un plan de bronce puede ser una buena opción si desea protegerse a bajo coste de las peores situaciones médicas. • Los planes Plata ofrecen primas mensuales más moderadas y costes moderados cuando necesita atención médica. Si cumple los requisitos para recibir ayuda económica para reducir los gastos de su bolsillo, debe elegir un plan Plata para obtener ahorros adicionales. Los planes Plata son una buena opción si cumple los requisitos para obtener ahorros adicionales. • Los planes Oro y Platino tienen primas más altas, pero sus gastos de bolsillo serán menores cuando necesite asistencia médica. Si necesita mucha asistencia médica, un plan Oro o Platino puede ser una buena opción. Una vez que elija una categoría de plan, podrá elegir entre distintos tipos de plan, como Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) o una Organización de Proveedores Preferentes (PPO). La principal diferencia entre ambos es si tiene cobertura para proveedores fuera de la red. Normalmente, una HMO tiene una prima mensual más baja, pero puede que no tenga cobertura para proveedores fuera de la red y tenga que pagar de su bolsillo.



¿Cómo me inscribo en la cobertura del Mercado?

Si ya no es elegible para Medicaid, visite ciudadodesalud.gov o llame al Centro de Atención Telefónica del Mercado al 1-800-318-2596 para presentar una solicitud. Usted es elegible para un período de inscripción especial (Special enrollment Period, SEP) para inscribirse en la cobertura del Mercado fuera del período anual de inscripción abierta. Visite el Mercado tan pronto como sea posible para ver si es elegible para la cobertura y la asistencia financiera para reducir su prima mensual. Inscribese lo antes posible para evitar una interrupción de la cobertura.

¿Cómo elegir la cobertura adecuada para mí?

Hágase algunas preguntas sobre qué tipo de asistencia médica quiere que le cubran y qué costes le resulta más cómodo pagar. Normalmente, los planes cubren servicios similares, pero tendrán costes y estructuras de costes diferentes. Por ejemplo, si está dispuesto a pagar más por la prima, es probable que pague menos de su bolsillo por los servicios de asistencia médica, y viceversa.

Puede obtener ayuda para elegir un plan y rellenar una solicitud llamando al centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Si desea ayuda en persona para presentar una solicitud o elegir un plan de salud, visite ayudalocal.ciudadodesalud.gov.

Aquí tiene algunas preguntas importantes en las que pensar:

¿Cumplo los requisitos para recibir ayuda económica para reducir la prima y los gastos de bolsillo?

Presente una solicitud al Mercado para comprobar si usted (u otros miembros de su unidad familiar) cumplen los requisitos para obtener cobertura y ayuda económica a través del Mercado. Si reúne los requisitos para obtener ahorros adicionales, debe elegir un plan Plata para reducir el deducible, el copago o el coseguro.

¿Mis médicos y hospitales pertenecen a la red?

Los proveedores de seguros médicos negocian precios más bajos para usted con hospitales, sistemas de salud, médicos y otros proveedores. Estos proveedores se consideran "dentro de la red". Acudir a proveedores de la red le ayuda a ahorrar dinero con su plan de salud. Si un médico o centro no tiene contrato con su plan de salud, se considera fuera de la red y puede cobrarle el precio completo. Si acude a un proveedor fuera de la red, es probable que pague bastante más de lo que pagaría dentro de la red. En caso de servicios de urgencia, sólo deberá abonar el importe de la participación en los gastos dentro de la red, independientemente de a quién acuda.

¿Están cubiertos mis medicamentos?

Cada plan tiene su propio "formulario", que es una lista de medicamentos que cubre. Algunos medicamentos pueden estar cubiertos al 100%, mientras que otros pueden requerir algún pago por su parte. Antes de inscribirse, consulte el formulario del plan para saber si sus medicamentos están cubiertos y cuáles serían sus costes.

La cobertura a través del Mercado puede variar de un plan a otro y puede ser diferente de su cobertura de Medicaid. Por ejemplo, algunos servicios o medicamentos recetados cubiertos por su cobertura del Mercado pueden estar sujetos a autorización previa (aprobación previa) o terapia escalonada. Póngase en contacto con su agente, asesor o plan de salud para saber cómo se cubren esos servicios.

¿Tengo una enfermedad crónica que necesita ser tratada?

Si padece una enfermedad crónica, como una cardiopatía o diabetes, asegúrese de que los servicios, tratamientos o beneficios que prevé utilizar están cubiertos por el plan de salud.

¿Cuáles son los costes de la cobertura que me proporciona mi empleador?

Una **prima** es el importe que paga mensualmente para mantener su cobertura. Puede optar a una ayuda económica para reducir el importe de la prima mensual. 4 de cada 5 personas pueden encontrar un plan por menos de 10 \$ al mes.

Un **copago** es una cuota fija que usted paga en el punto de servicio cada vez que acude al médico o surte una receta. Los copagos cubren su parte del coste de una visita médica o de un medicamento.

El **coseguro** es una parte de los gastos médicos que usted paga una vez cubierta la franquicia. El coseguro es una forma de decir que usted y su aseguradora pagan cada uno una parte de los gastos subvencionables hasta alcanzar el 100%.

Un **deducible** es la cantidad que usted paga por la mayoría de los servicios médicos o medicamentos elegibles antes de que su plan de salud comience a compartir el coste de los servicios cubiertos.

¿Quiero una prima mensual más baja pero unos gastos de bolsillo más altos cuando reciba asistencia médica, o una prima más alta y unos gastos de bolsillo más bajos cuando reciba asistencia médica?

Piense cómo se siente más cómodo pagando su asistencia médica. Elegir un plan Bronce puede significar pagar unos gastos de bolsillo más altos cuando reciba asistencia médica, pero ahorrar dinero si no prevé utilizar su cobertura médica con frecuencia. Un plan Oro o Platino puede significar pagar primas mensuales más altas, pero también permite una mayor previsibilidad en sus costes, incluso cuando experimente una emergencia o un problema de salud que no esperaba.

ACERCA DE AHIP

AHIP es la asociación nacional cuyos miembros proporcionan cobertura médica, servicios y soluciones a cientos de millones de estadounidenses cada día. Estamos comprometidos con las soluciones basadas en el mercado y las asociaciones público-privadas que hacen que la asistencia sanitaria sea mejor y la cobertura más asequible y accesible para todos. **Visite [AHIP.org](https://www.ahip.org).**

¿Cómo utilizar la cobertura del Mercado?

Una vez que se haya inscrito en la cobertura, asegúrese de comprender sus prestaciones y los costes de los distintos procedimientos y servicios. Estas son algunas cosas importantes que debe recordar cuando utilice su nuevo plan de salud:

- Póngase en contacto con sus proveedores y farmacias para asegurarse de que tienen su información de seguro actualizada.
- Si aún no tiene un proveedor de asistencia médica primaria, busque un médico que pertenezca a su red. Si ya tiene un proveedor de atención primaria, asegúrese de que su médico pertenece a la red antes de solicitar asistencia médica.
- Asegúrese de hacerse revisiones periódicas y pregunte a su médico sobre las pruebas preventivas que le ayudarán a mantenerse sano.
- Lleve un registro de sus gastos en asistencia médica para poder utilizar esa información durante el próximo periodo de inscripción abierta y asegurarse de que tiene el plan que mejor se adapta a sus necesidades.

Visite [AHIP.org/health-insurance-terms](https://www.ahip.org/health-insurance-terms) para obtener un glosario completo y definiciones de términos de uso frecuente. Póngase siempre en contacto con proveedor de seguro médico si tiene preguntas específicas sobre su cobertura.

Todo el mundo merece un acceso asequible a una cobertura completa que proteja su salud y su estabilidad financiera. Los proveedores de seguros médicos se comprometen a ayudarle a contratar la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.