



La Ley de Cuidado de Salud y usted

Cómo aprovechar al máximo el dinero que gasta en atención médica



Índice

Introducción	3
Parte I: Información básica sobre los seguros médicos	4
Cómo funcionan los seguros médicos	
Pago por la atención médica	
Tipos de planes de salud	
Parte II: La Ley de Cuidado de Salud ya llegó	8
La Ley de Cuidado de Salud y usted	
¿Qué nos espera en 2014?	
Cronología de la Ley de Cuidado de Salud	
Parte III: Cambios importantes en 2014	12
¿Qué beneficios de salud incluirá su plan de salud?	
Nuevos niveles de cobertura disponibles	
Algunas personas también tendrán acceso a planes para catástrofes	
Los planes de salud son más accesibles para muchas personas	
¿Podrá recibir ayuda?	
Cómo hacer uso de los créditos tributarios	
Parte IV: Tome la decisión correcta	19
La inscripción anual comienza en octubre	
Busque ayuda confiable	
Prepárese para elegir un plan de salud	
Cómo elegir una compañía de seguros médicos confiable	
Cómo prepararse para la Ley de Cuidado de Salud	
Lista de verificación	
Parte V: Glosario de términos comunes en el cuidado de la salud	24

© 2013 Independence Blue Cross

Esta guía fue preparada por AmeriHealth New Jersey para que la utilice como fuente de referencia.

La guía no pretende ofrecer asesoramiento jurídico ni tributario.

Introducción

En AmeriHealth New Jersey creamos esta guía titulada *La Ley de Cuidado de Salud y usted* para ayudarle a comprender la manera en la que la nueva ley, (oficialmente llamada **Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible**), le afectará a usted y a su familia. Esta ley puede cambiar la forma en la que adquiere su **plan de salud**, los beneficios de atención médica que recibe y cuánto paga por su **plan de salud**.

La presente guía le explica la información básica que todos debemos conocer acerca de los **seguros médicos** y de la nueva **Ley de Cuidado de Salud**. Contiene mucha información y herramientas que le ayudarán a prepararse para los cambios que se avecinan a medida que se implementen algunas partes clave de la ley. La guía incluye:

- información acerca de cómo funciona el **seguro médico**;
- preguntas que debe hacerse acerca de sus necesidades de seguro médico y sus finanzas;
- consejos para ayudarle a elegir un **plan de salud**;
- datos que debe tomar en cuenta al elegir una compañía de seguros médicos;
- listas de verificación que lo guiarán durante el proceso de selección;
- un glosario en el que se explican términos comunes en el cuidado de la salud.

Notará que algunas de las palabras de la guía aparecen en negrita. Esas palabras son términos comunes en el cuidado de la salud que aparecen descritos en el glosario que encontrará en las páginas 22 a 25. El glosario contiene definiciones fáciles de entender que le ayudarán a comprender la **Ley de Cuidado de Salud**.

Mantenga esta guía a la mano y consúltela cuando tenga dudas relacionadas con su atención médica durante los próximos meses.

Esta guía es útil para personas que:

- **pagan su propio seguro;**
 - **no cuentan con seguro;**
 - **desean entender mejor su seguro médico actual;**
 - **quieren saber más acerca de la Ley de Cuidado de Salud.**
-

Parte I: Información básica sobre los seguros médicos

Cómo funcionan los seguros médicos

Nadie planea enfermarse o lastimarse, pero estas cosas suceden todos los días. Las enfermedades y las lesiones pueden ser devastadoras para su salud y pueden consumir nuestros ahorros e incluso pueden significar la quiebra para algunos.

Muchas personas ignoran cuánto cuestan los servicios médicos. El costo promedio de estar hospitalizado por tres días es de \$30,000. El costo del tratamiento de una pierna fracturada es alrededor de \$5,498. Como podrá imaginarse, los costos de otros problemas médicos más graves pueden ser prohibitivos. Estos son algunos ejemplos de cuánto puede llegar a costar la atención médica:

Problema de salud	Atención necesaria	Costo sin seguro médico
Sarah, de 3 años de edad, tiene una infección de oído	Visita al médico y costo de la medicación	\$114
Joe, de 10 años, se fracturó un brazo	Visita a la sala de emergencias, radiografías, férula de yeso, seguimiento para quitar el yeso, fisioterapia	\$1,100
Latisha, de 30 años, va a tener un bebé	Cuidados prenatales, vitaminas, ecografía, parto, estancia en el hospital	\$7,720
Bob, de 50 años, sufre un infarto	Ambulancia, visita a la sala de emergencias, cirugía, estancia en el hospital, terapia cardíaca	\$71,055

Fuente: FAIR Health.

Su **seguro médico** le ayuda a proteger su salud y su bienestar, principalmente a través de su cobertura de servicios preventivos de salud. También limita el riesgo de tener que pagar por cada servicio médico costoso. Esta es la forma en la que los **seguros médicos** funcionan para la mayoría de las personas:

Usted elige un plan de acuerdo con su costo y los servicios que cubre. En la mayoría de los planes, paga una **prima** a su **compañía de seguros médicos**. La prima es una cantidad fija que usted paga mensualmente.

Pago por la atención médica

También es posible que deba pagar cada vez que recibe atención de un médico u hospital, cuando surte los medicamentos de una receta o cuando recibe algún tipo de atención médica. Dichos pagos suelen denominarse **costos compartidos**. El monto que deberá pagar, así como la fecha en la que debe pagarlos, dependerá de su plan de salud. Los **costos compartidos** que podría tener que pagar incluyen:

Costos compartidos	Cómo funciona
Deducible	La cantidad que usted paga cada año antes de que su plan de salud comience a pagar los servicios cubiertos. Por ejemplo, si su plan tiene un deducible de \$1,000, usted deberá pagar los primeros \$1,000 del costo de los servicios médicos que reciba. Una vez que haya pagado esta cantidad, su seguro comenzará a pagar una parte o todos sus gastos de atención médica, dependiendo de su plan de salud.
Copagos	La tarifa fija que paga cuando va al médico o recibe otros servicios. Por ejemplo, \$20 por ir a la consulta del médico o \$100 por ir a la sala de emergencias.
Coseguros	El porcentaje que usted tiene que pagar por algunos servicios cubiertos. Si su coseguro es 20 por ciento, su compañía de seguro médico pagará el 80 por ciento del costo de los servicios cubiertos y usted cubrirá el 20 por ciento restante. La cantidad que usted paga no suele basarse en el precio total del servicio, sino que se basa en un precio con descuento negociado por su compañía de seguros con los proveedores de atención médica, como los médicos y los hospitales.
Máximo de gastos pagados por usted	Sin importar de qué se trate, usted no pagará más allá de su máximo de gastos en ninguno de los planes de salud. Toda atención correspondiente a los servicios cubiertos que reciba luego de llegar al máximo de gastos pagados por usted será cubierta al 100 por ciento. El máximo de gastos pagados por usted calculado como estándar para 2014 es de \$6,350 por persona y \$12,700 por familia.

Tipos de planes de salud

Los tipos de planes de salud más comunes son las **Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)**, **Organizaciones de Proveedores Preferentes (PPO)** y **planes de Punto de Servicio (POS)**. Estos tipos de planes de salud tienen varias diferencias clave.

HMO

En una **HMO**, usted elige un médico familiar, llamado **médico de cabecera o de atención primaria (PCP)**, quien le brinda los servicios que necesita. Su **PCP** le remite con otros médicos o proveedores de cuidados médicos dentro de la red de la HMO cuando necesita atención especializada. Por lo general, únicamente los servicios de emergencia están cubiertos si va con proveedores fuera de la **red**. Las **HMO** normalmente tienen las **primas** más bajas.

PPO

No necesita elegir un **PCP** y puede acudir con médicos pertenecientes o no a la **red del plan de salud**. Puede usar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de su elección, como un cardiólogo, pero pagará más si su médico no pertenece a la **red de su plan de salud**. Las **PPO** suelen tener primas más altas que las **HMO**.

Punto de Servicio (POS)

Los planes **POS** combinan las características de las **HMO** y las **PPO**. Usted elige un **PCP**, pero también tiene la flexibilidad de ir con otros médicos, hospitales o proveedores de atención médica, tanto dentro como fuera de la red. Los socios también pueden “autoderivarse” para recibir atención; es decir, que el socio puede recibir beneficios sin que un profesional de la salud que pertenezca o no a la red lo haya remitido. Estos beneficios se pagan como si no pertenecieran a la red. Pagará menos cuando utilice médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica pertenecientes a la red, y pagará más cuando use proveedores fuera de la red.

Punto de Servicio Plus

Los planes **POS Plus** permiten que los socios reciban beneficios dentro de la red sin necesidad de que un profesional de la salud los remita. Los socios inscritos en un plan POS Plus gozan de beneficios dentro y fuera de la red. Reciben los niveles de beneficios más altos al usar proveedores pertenecientes a la red, pero también pueden usar proveedores fuera de esta y recibir beneficios.

EPO

Una **EPO** es una Organización de Proveedores Exclusivos. Una **EPO** no requiere que el socio sea remitido por un profesional de la salud ni que elija un **PCP**. Los socios de una **EPO** tienen la libertad de recibir beneficios con cualquier proveedor perteneciente a la red, sin necesidad de ser remitidos. Una **EPO** solamente brinda beneficios con proveedores pertenecientes a la red.

¿Cuál es la diferencia entre HMO y POS Plus?



Pasos en una HMO:

1. Haga una cita con el médico de cabecera.
2. Si necesita ver a un especialista, pida a su médico de cabecera que lo derive con un especialista dentro de la red, el cual es seleccionado por su médico de cabecera.



Pasos en un POS Plus:

1. Haga una cita, ya sea con un médico de cabecera o con un especialista sin necesidad de conseguir una derivación primero. Puede ser un médico perteneciente o no a la red.
-

Parte II: La Ley de Cuidado de Salud ya Llegó

Al igual que muchas otras personas, quizás se pregunte: ¿Por qué tanto revuelo con la nueva ley de cuidado de la salud? ¿Cómo me afectará a mí y a mi familia? ¿Me afectará de forma positiva?

La buena noticia es que hay cosas básicas que no cambiarán: contar con un **seguro médico** es una de las cosas más importantes que puede hacer por su salud. El seguro paga los servicios médicos que le ayudan a mantenerse saludable. También cubre buena parte de los servicios que necesita cuando está enfermo o lesionado. Si actualmente trabaja para una compañía o una organización grandes que le brinda un seguro médico, lo más probable es que continúe recibiéndolo a través de su trabajo en el futuro.

Sin embargo, muchos aspectos de los **seguros médicos** van a cambiar. Estos son algunos de los cambios que sucederán como parte de la nueva **Ley de Salud**:

- Todos estarán obligados a tener un seguro médico.
- Los **planes de salud** que se ofrecen a las personas que pagan su propio seguro y aquellos que reciben beneficios de un empleador con menos de 50 trabajadores deberán incluir 10 beneficios básicos, conocidos como beneficios de salud esenciales.
- Los empleados deberán trabajar como mínimo 30 horas a la semana para ser considerados como empleados a tiempo completo.
- Muchas personas solteras y familias de trabajadores podrán recibir fondos del gobierno para ayudarles a pagar sus gastos de la cobertura de salud. Esto incluye a muchas personas a quienes el gobierno no ayuda en este momento.
- Muchos programas estatales de **Asistencia Médica**, también conocidos como **Medicaid**, ampliarán su cobertura para ofrecer **planes de salud** a más personas que no cuentan con un seguro.
- También habrá una nueva manera de adquirir un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace).
- Las tarifas para planes individuales y para grupos pequeños (de 50 empleados o menos) se basarán en las personas que estarán cubiertas por el plan de salud, su edad, el lugar donde viven, si son fumadores o no, y en el plan de salud que hayan seleccionado.

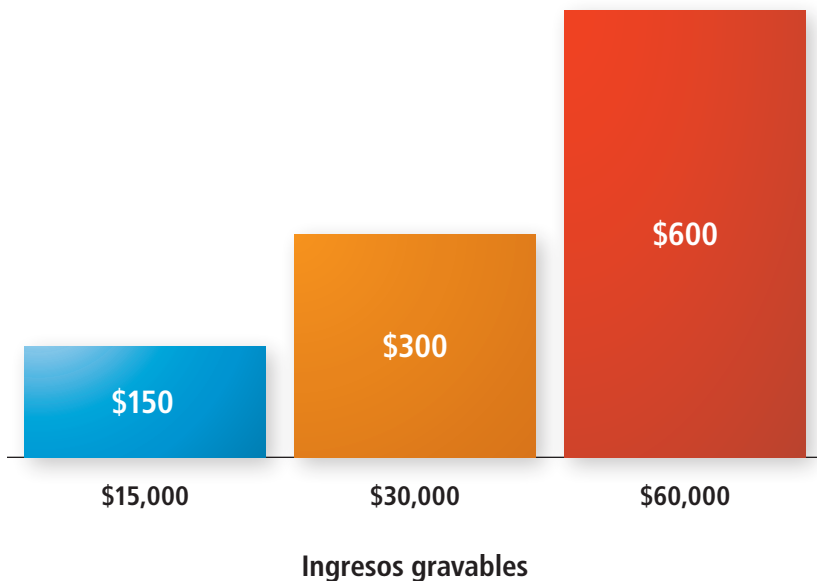
La Ley de Cuidado de Salud y usted

Contar con un seguro médico será obligatorio a partir del 1 de enero de 2014. A partir de 2015, los empleadores con 51 empleados o más estarán obligados a dar beneficios a todos los empleados a tiempo completo o deberán pagar una multa. Las personas que no reciban o que no reúnan los requisitos para recibir un programa de beneficios patrocinado por un empleador deberán obtener un seguro por su cuenta. Las personas que no tengan un plan de salud deberán pagar una multa al gobierno. La multa irá aumentando cada año durante los próximos años y deberá pagar *la más alta de las siguientes cantidades*:

- **Multa para 2014:** \$95 o el 1% de sus ingresos gravables.
- **Multa para 2015:** \$325 o el 2% de sus ingresos gravables.
- **Multa para 2016:** \$695 o el 2.5% de sus ingresos gravables.

Las multas se aplican de manera individual (por persona). Puede evitar la multa si está enfrentando problemas económicos graves, si tiene ciertas creencias religiosas o si cumple con otros criterios. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Ejemplo de una multa para personas sin plan de salud en 2014



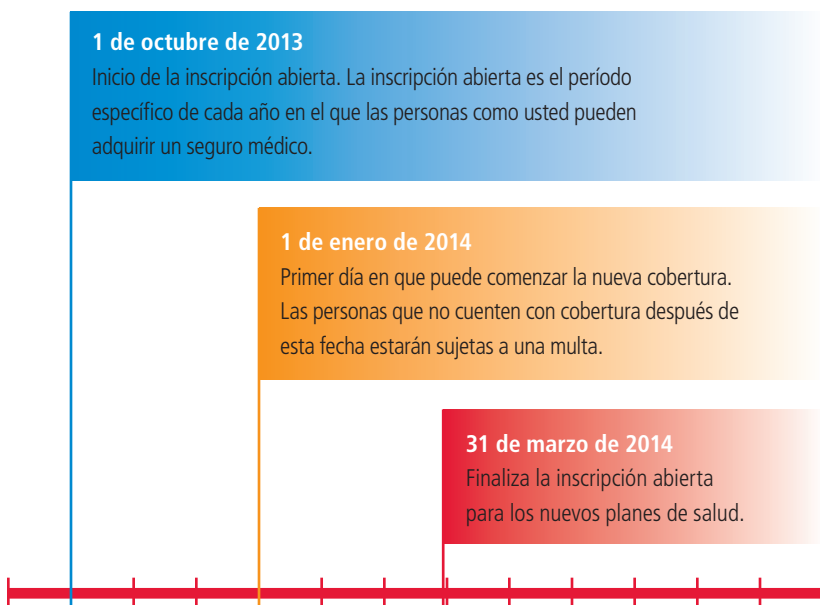
La **Ley de Salud** significa más que tener un **seguro médico** y obtener muchos servicios. También cuenta con disposiciones que lo protegen a usted y a su familia. La ley brinda las siguientes protecciones:

- No puede negársele la cobertura de un **seguro médico**.
- Su **plan de salud** únicamente puede ser cancelado si no paga su factura o si comete fraude.
- No hay límites de por vida con respecto a la cantidad que su compañía aseguradora pagará por **beneficios de salud esenciales**.
- Su compañía de seguro médico no puede cobrarle más si está enfermo.

¿Qué nos espera en 2014?

La nueva **Ley de Salud** le obliga a tener un **seguro médico** a partir del 1 de enero de 2014. El 1 de octubre de 2013, podrá visitar páginas Web que le ayudarán a elegir la cobertura de **seguro médico** adecuado para usted y su familia. Por ejemplo, AmeriHealth New Jersey tendrá una página Web fácil de usar que le ayudará a comparar y adquirir su plan de salud.

Cronología de la Ley de Cuidado de Salud



Si pasa por un acontecimiento vital que cambie su situación, podrá solicitar cobertura individual después del 31 de marzo de 2014. Deberá completar su solicitud en un plazo de 60 días luego de dicho acontecimiento.

Algunos ejemplos de acontecimientos vitales que cambian su situación son:

- dar a luz a un bebé;
- mudarse a otro estado;
- perder la cobertura del seguro médico de su empleador;
- reunir los requisitos para acceder a productos diferentes debido a cambios en sus ingresos.





Parte III: Cambios importantes en 2014

¿Qué beneficios de salud incluirá su plan de salud?

En 2014, todos los **planes de salud** que se ofrecen a las personas que pagan su propio seguro médico y a pequeñas empresas (de 2 a 50 empleados) deberán incluir un grupo básico de **beneficios de salud esenciales**.

No existen límites anuales o de por vida con respecto a la suma que su **plan de salud** pagará por dichos servicios básicos para usted y su familia. Los **beneficios de salud esenciales** incluyen las siguientes diez categorías de servicios:

Beneficios de salud esenciales	Ejemplo
 Servicios preventivos, de bienestar y para el tratamiento de enfermedades	Examen médico anual, vacuna contra la gripe, examen ginecológico, métodos anticonceptivos
 Atención de emergencia	Tratamientos para fracturas de huesos, infartos y más, en la sala de emergencias de un hospital
 Servicios ambulatorios	Cirugías menores, pruebas de sangre, radiografías
 Hospitalización	Tratamiento en un hospital para padecimientos que lo obligan a quedarse internado una noche o varios días
 Servicios de maternidad y neonatales	Atención durante el embarazo, parto y controles tras el nacimiento del bebé
 Servicios pediátricos, inclusive odontología y oftalmología	Consultas anuales de control, vacunas para prevenir enfermedades graves, limpiezas dentales, ortodoncia, exámenes, anteojos y lentes de contacto

Beneficios de salud esenciales	Ejemplo
 <p data-bbox="267 240 476 293">Medicamentos de venta con receta</p>	<p data-bbox="533 240 931 293">Medicamentos para controlar la hipertensión, insulina, antibióticos, píldoras anticonceptivas</p>
 <p data-bbox="267 397 476 418">Servicios de laboratorio</p>	<p data-bbox="533 397 689 418">Análisis de sangre</p>
 <p data-bbox="267 511 476 646">Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias, incluido tratamiento de salud conductual</p>	<p data-bbox="533 539 908 620">Obtener ayuda para superar padecimientos como la depresión, el alcoholismo y la drogadicción</p>
 <p data-bbox="267 727 476 781">Servicios de rehabilitación y de habilitación</p>	<p data-bbox="533 738 908 760">Fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional</p>

Además, las aseguradoras cubrirán el 100 por ciento del costo de muchos **servicios preventivos**, como consultas de **prevención**, **vacunas** y **exámenes** de detección de cáncer y de otras enfermedades. Esto significa que no tendrá que pagar deducible, copagos, o coseguro por muchos servicios preventivos que pueden ayudarle a conservar su salud.

¿Por qué son importantes las vacunas y los exámenes de detección de enfermedades?

Las vacunas pueden evitar que usted y sus hijos contraigan enfermedades frecuentes. Los exámenes de detección de enfermedades pueden ayudar a su médico a diagnosticar cáncer, hipertensión y otras enfermedades graves, cuando es más fácil y menos costoso tratarlas. Los servicios preventivos pueden ayudarle a evitar problemas de salud e incluso pueden salvarle la vida. Si se mantiene saludable y recibe tratamiento temprano para sus problemas de salud, puede evitar costosos servicios médicos en el futuro.

Nuevos niveles de cobertura disponibles

Con la nueva **Ley de Cuidado de Salud**, el gobierno federal creará cuatro niveles de cobertura o **clasificación por metales** para los planes que se ofrecen a las pequeñas empresas (de entre 2 a 50 empleados) y a las personas que pagan su propio seguro. Los planes se asignarán a una de estas **clasificaciones por metales**, dependiendo de qué porción del costo de los servicios médicos será cubierta por la compañía aseguradora. Estas categorías “por metales” (bronce, plata, oro y platino) harán que sea más fácil comparar los planes de salud de las **compañías de seguro médico**. Todos los productos cubrirán servicios de salud esenciales como consultas al médico, medicamentos de venta con receta, radiografías y hospitalizaciones. Las principales diferencias radicarán en lo que pagará cuando necesite dichos servicios y en el costo mensual del plan de salud.

Comparación de los costos de la clasificación por metales:

				
	Platino	Oro	Plata	Bronce
Costo mensual	\$\$\$\$	\$\$\$	\$\$	\$
Costo cuando recibe la atención	\$	\$\$	\$\$\$	\$\$\$\$
Buena opción si usted...	planea usar muchos servicios de salud.	desea ahorrar en primas mensuales y mantener los gastos pagados por usted al mínimo.	necesita equilibrar su prima mensual con los gastos pagados por usted.	no cree necesitar muchos servicios de salud.

Como puede ver, los planes de salud de clasificación bronce tendrán los costos mensuales más bajos, pero probablemente tendrán mayores costos compartidos cuando haga uso de los servicios. Los planes de salud platino tendrán un mayor costo mensual, pero los costos cada vez que necesite atención probablemente serán menores.

Las compañías de seguros médicos como AmeriHealth New Jersey contarán con herramientas para ayudarle a determinar qué plan brindará el menor costo total de acuerdo con sus necesidades. Con solo responder algunas preguntas acerca de la atención médica que recibe cada año obtendrá un cálculo aproximado de sus **primas** mensuales y de sus costos compartidos por recibir atención.

Algunas personas también tendrán acceso a planes para catástrofes

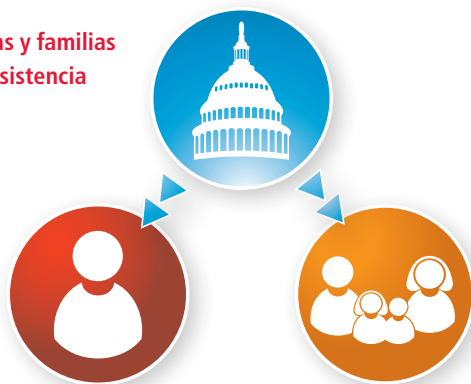
De acuerdo con la nueva Ley de Cuidado de Salud, habrá **planes para catástrofes** disponibles para personas menores de 30 años y aquellas que tengan dificultades económicas extremas que reúnan los requisitos para una exención. Los **planes para catástrofes** incluirán los diez beneficios de salud esenciales descritos en las páginas 10 y 11, pero tendrán un deducible bastante mayor que los planes de salud de los niveles platino, oro, plata y bronce. Se calcula que las personas individuales deberán cubrir un deducible de \$6,350 antes de poder recibir beneficios de salud, en tanto que las familias deberán pagar un deducible de \$12,700 antes de recibir beneficios para Servicios Cubiertos. La única excepción es que las personas con planes para catástrofes recibirán por lo menos tres consultas con el médico al año no sujetas al pago del deducible, pero pueden requerir del pago de un copago o coseguro.

Los planes de salud son más accesibles para muchas personas

El gobierno tiene el compromiso de ayudar a que la mayor cantidad de personas posible consiga seguro médico. Para ello, proporcionará **créditos tributarios**, o **subsidios**, para ayudar a aquellos que pagan sus propios seguros, incluidas las familias de los trabajadores. Los **créditos tributarios** se basarán en su ingreso anual y en el número de integrantes de su familia. Si reúne los requisitos, podría recibir uno de los siguientes:

- seguro médico gratuito a través de **Asistencia Médica**, también conocida como Medicaid;
- **primas** mensuales más bajas, además de descuentos en los **costos compartidos** que paga cada vez que necesita atención médica;
- **primas** mensuales más bajas.

Algunas personas y familias pueden recibir asistencia del gobierno



¿Podrá recibir ayuda?

Para determinar si usted podrá recibir ayuda económica del gobierno, primero localice el número de personas que integran su familia en la siguiente tabla; después lea en la siguiente página la sección del color que corresponda en su caso. **Si su ingreso familiar sobrepasa estos niveles, puede saltarse esta sección de la guía.**

		Ingreso familiar	
Soltero	< \$15,282.00	\$ 15,282.00 - \$ 28,725.00	\$ 28,725.00 - \$ 45,960.00
Familia de dos personas	< \$20,628.00	\$ 20,628.00 - \$ 38,775.00	\$ 38,775.00 - \$ 62,040.00
Familia de tres personas	< \$25,975.00	\$ 25,975.00 - \$ 48,825.00	\$ 48,825.00 - \$ 78,120.00
Familia de cuatro personas	< \$31,322.00	\$ 31,322.00 - \$ 58,875.00	\$ 58,875.00 - \$ 94,200.00
Familia de cinco personas	< \$36,668.00	\$ 36,668.00 - \$ 68,925.00	\$ 68,925.00 - \$ 110,280.00
Familia de seis personas	< \$42,015.00	\$ 42,015.00 - \$ 78,975.00	\$ 78,975.00 - \$ 126,360.00
Familia de siete personas	< \$47,361.00	\$ 47,361.00 - \$ 89,025.00	\$ 89,025.00 - \$ 142,440.00
Familia de ocho personas	< \$52,708.00	\$ 52,708.00 - \$ 99,075.00	\$ 99,075.00 - \$ 158,520.00

Sección 1:
Asistencia Médica

Sección 2:
Primas mensuales y
costos compartidos

Sección 3:
Costo de las primas
mensuales

Esta tabla está diseñada para darle una idea de cuáles serían sus costos si usted reuniera los requisitos para recibir ayuda del gobierno para pagar los gastos de su seguro médico. En el caso de familias de ocho o más integrantes, agregue \$5,347 por cada familiar adicional. El gobierno federal hará las determinaciones finales acerca de la idoneidad y de la cantidad real de su crédito tributario o subsidio cuando la inscripción abierta comience el 1 de octubre de 2013.

Sección 1. Asistencia Médica

La **Asistencia Médica**, también llamada **Medicaid**, es un programa de seguro médico público y gratuito proporcionado por el Departamento de Bienestar Público. Los requisitos de idoneidad de este programa son complicados. Existen requisitos en cuanto a ingresos, número de integrantes de su familia y edad. También se toman en cuenta algunas discapacidades específicas para tomar las decisiones de idoneidad. Para obtener más información y para verificar si usted reúne los requisitos para recibir estos beneficios, visite <http://www.state.nj.us/dobi/index.html>.

Sección 2. Primas mensuales y costos compartidos

Si usted entra en este rango de ingresos, puede recibir ayuda para pagar las primas mensuales de su seguro médico. Esta asistencia será en forma de **créditos tributarios** o **subsidios**. El gobierno federal le pagará esta cantidad directamente a su compañía de seguro médico y esta reducirá el costo de su prima mensual.

También podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar las tarifas que se le cobran cuando recibe atención médica, como **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. Si reúne los requisitos y desea recibir esta ayuda, la Ley de Cuidado de Salud requiere que usted elija un plan de salud de clasificación plata.

Aunque no seleccione un plan de salud perteneciente a dicha clasificación, el gobierno federal le ayudará con su cuota de la prima mensual de su seguro. Sin embargo, no podrá recibir ayuda para pagar los deducibles, copagos y coseguro.

Sección 3. Costo de las primas mensuales

Si usted entra en este rango de ingresos, podría recibir un descuento en las primas mensuales de su seguro. Esta asistencia será en forma de **créditos tributarios** o **subsidios**. El gobierno le ayudará a pagar sus costos mensuales del seguro médico. El dinero se enviará directamente a su compañía de seguro médico cada mes para que pueda obtener los descuentos de inmediato. Puede usar sus **créditos tributarios** para las primas mensuales de cualquiera de los planes platino, oro, plata o bronce.

Cómo hacer uso de los créditos tributarios

La buena noticia es que los **créditos tributarios** o **subsidios** para seguros médicos no son como los **créditos tributarios** comunes que únicamente se aplican a su declaración fiscal. Pueden usarse de inmediato para contribuir a reducir sus costos. Si reúne los requisitos para recibir un **crédito tributario**, usted decide cómo aplicarlo. Puede decidir usar todo su **crédito tributario** de inmediato para reducir sus gastos mensuales o puede aplicar una parte de él a sus gastos mensuales y usar el resto como un crédito para sus impuestos. También puede decidir no aplicar su **crédito tributario** de inmediato, sino recibir todo el crédito en su declaración fiscal. Usted es quien decide cómo usarlo. Estos son algunos ejemplos de la manera en la que los **créditos tributarios** pueden reducir los costos para las personas y para las familias.



Particular

Joe, 27 años de edad

Ingreso: \$27,500

Primas: \$4,069

Crédito tributario: \$1,961

Costo para Joe: \$2,108



Familia de cuatro personas

Jane, 35 años, casada con John;
hijos: Katie y Jack

Ingreso: \$65,000

Prima: \$13,324

Crédito tributario: \$7,574

Costo para Jane: \$5,750

Fuente: Calculadora de la Kaiser Family Foundation

Si decide usar todos o una parte de sus **créditos tributarios** de inmediato, tiene que informarlo en su declaración fiscal federal anual. Puede comunicarse con el **Mercado de Seguros Médicos** (consulte la sección “Busque ayuda confiable” en la página 19) para que se revisen sus **créditos tributarios** si sus ingresos cambian durante el año.

Parte IV: Tome la decisión correcta

La inscripción anual comienza en octubre

Periodo anual de inscripción: Puede adquirir uno de los nuevos planes de seguros individuales a partir del 1 de octubre de 2013 y en cualquier día después de esa fecha hasta el 31 de marzo de 2014. Durante este periodo de **inscripción** de seis meses, podrá explorar sus opciones, decidir qué **plan de salud** es el mejor para usted e inscribirse en el que elija. Su plan entrará en vigor el 1 de enero de 2014, o la próxima fecha de vigencia, si se inscribe después del 1 de enero.

Todos los años habrá un periodo **anual de inscripción**. Este será el periodo específico durante el cual podrá renovar su **plan de salud** o cambiarse a otro.

Busque ayuda confiable

No necesita tratar de entender toda la Ley de Cuidado de Salud por su cuenta. Las **compañías de seguros médicos** y el **Mercado de Seguros Médicos** le ofrecen herramientas por Internet gratuitas, fáciles de usar y confidenciales para ayudarle a tomar las mejores decisiones en cuanto a sus necesidades de **seguro médico**. Dichas herramientas le ayudan a analizar su situación personal y a encontrar el **plan de salud** que le ofrezca los beneficios que necesita, al mejor precio para su presupuesto.

Esto es lo que pueden hacer estas herramientas:

- **La página Web de su compañía de seguro médico.** La mayoría de las aseguradoras cuentan con páginas Web fáciles de usar en donde puede adquirir su **plan de salud**. Recibirá la ayuda que necesita para elegir el mejor **plan de salud** para usted. Muchas de estas herramientas se enlazan con una página Web federal en donde podrá verificar su idoneidad para recibir un seguro médico y podrá averiguar si puede recibir **créditos tributarios** a fin de reducir sus costos.
- **Mercado de Seguros Médicos.** Esta es una nueva manera que le permite ver, comparar y adquirir un seguro médico. El **Mercado** también se enlazará con una base de datos federal para verificar su idoneidad y averiguar si reúne los requisitos para recibir **créditos tributarios**. Después podrá ver comparaciones punto por punto acerca de los **planes de salud** calificados disponibles en su área que podrían ser adecuados para usted.

Puede ingresar a estas páginas desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar donde tenga acceso a Internet. Si no tiene acceso a una computadora, puede:

- Recibir ayuda por teléfono. Puede llamar al **Mercado de Seguros Médicos** sin costo. Muchas compañías de **seguro médico** tienen números gratuitos a los que puede llamar para hablar con expertos que responderán sus dudas. También puede hablar con ellos acerca de sus necesidades y recibir ayuda para elegir y adquirir un plan de salud por teléfono. El número gratuito de AmeriHealth New Jersey es 1-888-879-5331.
- Trabajar con los **Asesores del Mercado** o corredores de **seguros médicos**. Los **Asesores del Mercado** pueden darle información imparcial acerca de los planes de salud que podrían ser mejores para usted. Pueden ayudarle a analizar las opciones y a inscribirse en el plan de su preferencia. Los corredores de **seguros médicos** por lo general representan a varias compañías aseguradoras y pueden ayudarle a elegir productos de dichas compañías.

Prepárese para elegir un plan de salud

Hay muchas cosas en las que nos gustaría que pensara antes de adquirir un **plan de salud**. No hay una solución única cuando se trata de seguros médicos. Pensar en sus necesidades, sus preferencias, cuánto puede gastar y qué gastos médicos podría tener le ayudará a hacer más específica su búsqueda de un **plan de salud**. He aquí una lista de algunas de las preguntas que puede hacerse para entender mejor sus necesidades:

- ¿Es importante para usted contar con servicios de odontología, oftalmología y de bienestar?
- ¿Qué servicios están cubiertos más allá de los **beneficios de salud esenciales**?
- ¿Cuánto pagaré mensualmente por las **primas**?
- ¿Cuánto pagaré por mi **deducible, copagos y coseguro**?
- ¿Las medicinas que uso están cubiertas por el plan? ¿Cuánto tendré que pagar por ellas?
- ¿Puedo seguir viendo al mismo médico que veo ahora?
- ¿Puedo ir al hospital de mi localidad?
- ¿Cuánto tendré que pagar si voy a proveedores fuera de la **red**?
- ¿Qué servicios y programas me ofrece cada plan para mantenerme saludable?
- ¿El plan cubre servicios mientras estoy de viaje?

Cómo elegir una compañía de seguros médicos confiable

Hay muchas cosas en las que debe pensar conforme se acerca 2014. ¿Reúne los requisitos para recibir un descuento en los costos del seguro médico? ¿Qué plan de salud es el indicado para usted? ¿Cómo inscribirse? También hay otra pregunta importante que debe hacerse: ¿Cómo elegir una **compañía de seguro médico** que se haga cargo de sus necesidades de **seguro médico**?

Si aún no tiene una **compañía de seguro médico** de confianza, no se preocupe. Esta lista de verificación le ayudará a elegir la mejor compañía para usted y su familia:

- ¿La compañía de seguros cuenta con herramientas de compra en línea que le ayudan a elegir el plan que cubre sus necesidades? Busque una compañía que le ofrezca herramientas fáciles de usar que le ayuden a tener una experiencia de compra positiva.
- ¿Qué le dicen las personas en las que usted confía acerca de la compañía y sus **redes** de médicos y hospitales? ¿Están satisfechos con la compañía y sus **redes** de médicos y hospitales? ¿Les dieron un buen servicio?
- ¿Prefiere una compañía involucrada con la comunidad y que entienda lo que necesitan las personas de su localidad?
- ¿La experiencia es algo importante para usted? ¿Qué antigüedad tiene la compañía en el negocio de los seguros?
- ¿La compañía le ofrece ayuda adicional si tiene una enfermedad crónica como diabetes, asma o una enfermedad cardíaca? Algunos **planes de salud** cuentan con programas como orientación y apoyo para ayudar a las personas con estos padecimientos.
- ¿Qué tipo de programas y servicios le ofrece la compañía para mantenerse saludable? ¿La compañía le ofrece clases y programas de nutrición, acondicionamiento físico y otros temas de salud? ¿Le ofrece incentivos para ayudarlo a mantenerse saludable? ¿Le ofrecen ayuda para bajar de peso o dejar de fumar?

También puede visitar la página Web del Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey en <http://www.state.nj.us/dobi/index.html>, donde encontrará más información acerca de las compañías de seguro médico que está considerando.

Cómo prepararse para la Ley de Cuidado de Salud

No es demasiado pronto para comenzar a prepararse para la **inscripción abierta**. Estos son algunos aspectos que le sugerimos que considere para estar listo.

- Asegúrese de saber cómo funciona el seguro y qué significan los términos usados más frecuentemente (consulte el glosario en las páginas 22 a 25).
- Piense acerca de qué es lo que necesita en un **plan de salud**. Lo mejor es contar con un plan que cubra sus necesidades médicas actuales y le proteja si sufre una lesión o enfermedad grave en el futuro.
- Conozca los diferentes **planes de salud** que estarán disponibles.
- Haga una lista de los aspectos que son más importantes para usted para que pueda comparar los planes.
- Averigüe sobre las **redes** de médicos y hospitales de los planes de salud que está considerando. Esto le permitirá saber qué médicos, hospitales y demás proveedores de salud puede usar pagando tarifas menores dentro de la **red**.
- Pida la lista de medicamentos de cada plan para saber qué medicamentos de venta con receta cubren. Dichas listas a menudo se denominan **“formulario”**, y consiste en una lista de medicinas aprobadas cubiertas por un **plan de salud**. Muchos **planes de salud** usan **formularios** divididos por clasificación. Probablemente los costos de las medicinas de las clasificaciones más altas serán mayores. Por lo general, habrá medicinas de bajo costo y de alto costo para algún padecimiento específico que usted tenga. Generalmente las medicinas de menor costo son medicamentos genéricos.
- Si tiene un hijo cubierto a través de su seguro médico y este vive lejos de casa, deberá averiguar si su hijo puede recibir atención dentro de la red en el lugar donde vive. Si en el lugar donde vive no hay servicios dentro de la **red**, quizás tenga que pagar más por los servicios de médicos u hospitales que **no pertenezcan a la red**, o deberá volver a casa para recibir dichos servicios.
- Evalúe las **compañías de seguro médico** que ofrecen los **planes de salud** que está considerando.
- Pruebe algunas herramientas de compra para hacerse una idea de la manera en que pueden ayudarle a tomar decisiones relacionadas con su salud.

¡Ahora está listo para comenzar!

Algunas compañías de seguros médicos cuentan con mucha información en línea para ayudarle a entender cómo le afectará la Ley de Cuidado de Salud. Visite la página de AmeriHealth New Jersey en amerihealthnj.com, o la de alguna otra compañía para conocer más al respecto.

Lista de verificación

Qué necesitará para solicitar un seguro médico:

Ingreso familiar

Tenga a mano una copia de su declaración de impuestos federales de 2012. Los ingresos que reportó en esa declaración es lo que usted proporcionará como su ingreso familiar para saber si reúne los requisitos para recibir **Asistencia Médica** o un **crédito tributario**.

Número de seguridad social

Necesitará su número de seguridad social y los de sus familiares a quienes desee agregar a su **plan de salud**.

Necesidades de atención médica

Cuente el número de veces al año que visita al médico o al especialista, o las veces que surte recetas, así como cualquier cirugía u hospitalización programadas. Necesitará esta información para poder calcular el costo total de su atención médica.

Su presupuesto

Diseñe un presupuesto y determine cuánto puede gastar cómodamente en un **plan de salud**. Asegúrese de incluir las **primas** mensuales y **costos compartidos (deducible, copagos y coseguro)**.

Una vez que haya reunido esta información, ¡estaré listo para el momento en que comience la **inscripción abierta!**

¿Necesita ayuda? Revise estos recursos

Página Web del gobierno federal: healthcare.gov

**Página Web del Departamento de Banca y Seguro de Nueva Jersey:
<http://www.state.nj.us/dobi/index.html>**

AmeriHealth New Jersey: amerihealthnj.com o 1-888-879-5331

Parte V: Glosario de términos comunes en el cuidado de la salud

A continuación presentamos definiciones sencillas de algunos de los términos relacionados con los seguros médicos que aparecen en esta guía:

- **Período anual de inscripciones**

El espacio de tiempo específico de cada año en el que usted puede adquirir un plan de seguros, renovar su plan existente o cambiar a un plan diferente.

- **Plan para catástrofes**

Un programa de beneficios disponible para personas menores de 30 años de edad o que enfrentan dificultades económicas extremas. Los beneficios están sujetos a un deducible individual calculado de \$6,350 o a un deducible familiar de \$12,700. Las personas que poseen un plan para catástrofes pueden recibir tres consultas médicas por año no sujetas al pago del deducible, pero podrían tener que pagar un copago o coseguro.

- **Coseguro**

El porcentaje que usted tiene que pagar por algunos servicios cubiertos. Si su coseguro es del 20 por ciento, su compañía de seguros médicos pagará el 80 por ciento del costo de los servicios cubiertos y usted pagará el 20 por ciento restante.

- **Copago**

La tarifa que usted tiene que pagar cuando visita al médico o recibe otros servicios.

- **Costo compartido**

La cantidad que usted tiene que pagar por sus gastos médicos, más allá de su prima. Esto incluye su deducible, sus copagos y su coseguro.

- **Deducible**

La cantidad que usted tiene que pagar cada año antes de comenzar a recibir los beneficios de su seguro.

- **Beneficios de salud esenciales**

Una lista de beneficios básicos que todos los planes de salud deben proporcionar de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud. Esto incluye muchos servicios básicos, como consultas al médico y hospitalizaciones. También incluyen cuidados preventivos, atención de maternidad y servicios de salud mental.

- **Formulario**

Una lista de medicinas aprobadas cubiertas por un plan de salud. Muchos planes de salud usan formularios divididos por clasificación. El costo de los medicamentos probablemente variará dependiendo de las diferentes clasificaciones. Por lo general, habrá medicinas de bajo costo y de alto costo para algún padecimiento específico que usted tenga. Generalmente las medicinas de menor costo son medicamentos genéricos.

- **Servicios de habilitación**

Terapias que ayudan a las personas a aprender habilidades y funciones que no desarrollan de forma normal. Estos servicios son un beneficio de salud esencial de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud. Un ejemplo de servicio de habilitación es la logopedia para niños que no han aprendido a hablar como deberían para su edad.

- **Ley de Cuidado de Salud**

Una manera breve de referirse a la Ley de Protección para Pacientes y Cuidado de Salud Asequible. El Presidente Obama promulgó esta ley en 2010. Algunas partes clave de la ley entrarán en vigor en 2014. A esta ley en ocasiones se la llama Obamacare.

- **Seguro médico**

Un tipo de seguro que ayuda a pagar por los servicios de atención médica. Le ayuda a pagar servicios costosos cuando usted está enfermo o lesionado.

- **Agente de seguros médicos**

Una persona que representa a una o más compañías de seguro médico. Un agente puede ayudarle a elegir productos de las compañías a las que representa.

- **Mercado de Seguros Médicos**

Una nueva página de Internet en la que usted puede comparar y adquirir planes de salud. Algunos estados cuentan con su propio Mercado; otros permiten que el gobierno federal administre su Mercado. En este momento, Nueva Jersey utiliza el Mercado federal.

- **Plan de salud**

Un tipo de seguro médico que le ofrece un conjunto específico de beneficios a un precio establecido.

- **Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization o HMO)**

Un tipo de plan de salud que requiere que usted elija a un médico familiar, a menudo llamado "médico de cabecera o de atención primaria" (PCP). Necesita una derivación de su PCP para visitar a un especialista perteneciente a la red de la HMO, como un cardiólogo (médico especializado en el corazón). Por lo general, únicamente cubrirá servicios de emergencia si usted acude a un proveedor que no pertenezca a la red del plan.

- **Cuenta de ahorros médicos (Health Savings Account o HSA)**
Una cuenta de ahorros para gastos médicos para personas cuyos planes de salud tienen deducibles elevados. Puede abonar dinero sin gravar a una HSA y puede usar esos fondos no gravados para pagar gastos médicos aprobados.
- **Asesor del Mercado**
Una persona que le ofrece información imparcial y que puede ayudarle a entender sus opciones para el cuidado de la salud y a navegar por la página Web del Mercado de Seguros Médicos.
- **Asistencia Médica o Medicaid**
Un programa gratuito de salud pública administrado por el Departamento de Bienestar Público.
- **Clasificación por metales**
Niveles de beneficios creados por el gobierno para facilitar la comparación de los planes de salud. Las clasificaciones por metales incluyen platino, oro, plata y bronce. Los planes de salud se asignarán a una de estas clasificaciones, dependiendo de qué porcentaje del costo de los servicios de salud sean cubiertos por la compañía de seguro médico.
- **Red**
Los médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que trabajan con una compañía de seguro médico para brindar servicios a los socios como usted y su familia. Por lo general, cobran a la compañía aseguradora tarifas con descuento por sus servicios.
- **No pertenecientes o fuera de la red**
Médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica que no tienen un contrato con una compañía de seguro médico. Por lo general los socios pagan más por los servicios de los proveedores no pertenecientes a la red. Algunos planes de salud no cubren los servicios de dichos proveedores (ej., los planes HMO).
- **Gastos pagados por usted**
La cantidad que usted tiene que pagar por sus servicios de atención médica. La Ley de Cuidado de Salud establece un límite para los gastos pagados por usted, el cual se denomina máximo de gastos pagados por usted. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, su plan de salud pagará el 100 por ciento de los servicios cubiertos adicionales que usted reciba.
- **Ley de Protección para Pacientes y Cuidado de Salud Asequible**
Nombre oficial de la nueva ley de cuidados de la salud. El Presidente Obama promulgó esta ley en 2010. Algunas partes clave de la ley entrarán en vigor en 2014.
- **Prima**
La cantidad que usted tiene que pagar cada mes a su compañía de seguro para cubrir su parte de los costos del plan de salud. Se trata de una cantidad distinta del deducible, los copagos y el coseguro que usted paga cuando usa sus beneficios para recibir los servicios cubiertos.

- Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization PPO)**
Un tipo de plan de salud que permite a sus socios usar proveedores que pertenezcan o no a la red. Sus costos son más bajos cuando acude a un proveedor perteneciente a la red; pero puede acudir a proveedores que no pertenezcan a la red y pagar más por los servicios.
- Servicios preventivos**
Servicios que le ayudan a mantenerse saludable. También detectan algunas enfermedades en sus etapas tempranas. Algunos ejemplos de servicios preventivos son las vacunas contra la gripe, las mamografías y los análisis de colesterol.
- Médico de cabecera o de atención primaria (Primary Care Physician o PCP)**
El médico que le atiende para la mayoría de sus necesidades de salud. Los planes HMO requieren que usted elija un médico de cabecera, quien lo derivará con un especialista cuando sea necesario. Los planes PPO no requieren que usted elija un médico de cabecera.
- Planes de Punto de Servicio (POS)**
Un plan que combina las características de una HMO y una PPO. Debe elegir a un PCP quien será el encargado de supervisar su atención; también necesita una derivación para consultar a un especialista. También tiene la opción de pagar más para "autoderivarse" y acudir a proveedores que no pertenezcan a la red.
- POS Plus**
Un plan POS Plus funciona de la misma manera que un POS, pero "plus" significa que no necesita que un profesional de la salud lo derive.
- Servicios de rehabilitación**
Terapias que ayudan a las personas a recuperar habilidades perdidas luego de una lesión, enfermedad o cirugía. Estos servicios son un beneficio de salud esencial de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud. Las personas que se someten a cirugía de cadera pueden necesitar servicios de rehabilitación como la fisioterapia para recuperar la capacidad de caminar.
- Créditos tributarios o subsidios**
Subsidios que reducen los costos de la atención médica para muchas personas, dependiendo de su nivel de ingresos. Algunas personas reunirán los requisitos para tener acceso a planes con primas reducidas o de \$0. Otras personas reunirán los requisitos para recibir créditos tributarios que les ayudarán a reducir sus primas mensuales y que también les darán acceso a descuentos en los gastos pagados por cuenta propia, por concepto de atención médica (deducible, copagos y coseguro).



259 Prospect Plains Road, Bldg. M, Cranbury, NJ 08512-3706

www.amerihealthnj.com

AmeriHealth HMO, Inc. AmeriHealth Insurance Company of New Jersey

© 2013 Independence Blue Cross