

## Sugerencias para comprar Planes de salud del Mercado de Seguros Médicos del estado para 2016

Los Mercados de Seguros Médicos Estatales también llamados “Exchanges” son el **único lugar** donde puedes obtener ayuda para pagar las primas de seguro médico en California. En algunos casos, también puedes obtener ayuda del Mercado de Seguros Médicos de tu estado para disminuir el monto que pagas cuando vas al médico o compras medicamentos.

- Si aún no tienes un plan de salud, puedes comprar uno en el Mercado de Seguros Médicos de tu estado del 1 de noviembre de 2015 al 31 de enero de 2016.
- Si ya tienes un plan de salud del Mercado de Seguros Médicos, es momento de renovarlo. Cuando renueves tu plan, puedes permanecer en el mismo plan o comprar un plan diferente del Mercado de Seguros Médicos.
- Algunas de las cosas que son más importantes de considerar y entender sobre las diferencias entre los planes son:
  - **La prima;**
  - **El nivel de cobertura o el nivel de metal;**
  - **El tipo de plan;**
  - **La red de proveedores y**
  - **Las calificaciones de calidad.**

Cuando estás comprando un plan, presta especial atención a cada uno de estos temas.

### **Primas: ¿Cuánto cuesta cada mes comprar un plan de salud?**

Cada mes tú pagas a tu plan de salud una cantidad de dinero determinada. A cambio, obtienes cobertura de seguro médico. Conocidos como “primas,” tú pagas estos costos

mensuales ya sea que uses los servicios o no. Cuando compras un plan de salud, el costo mensual permanecerá igual durante el año (usualmente de enero a diciembre).

Para las familias con ingresos bajos y moderados, el gobierno federal puede ayudar a disminuir las primas mensuales que pagas. Si calificas para este tipo de ayuda, el gobierno federal pagará parte de tu prima por ti. Este tipo de ayuda financiera se conoce como “créditos fiscales para primas de salud”.

**CONSEJO:** Para conocer más acerca de los créditos fiscales, consulta Seguros de Salud y Créditos Fiscales: Qué hacer a la Hora de Declarar Impuestos de Consumers Union.

## Niveles de metal: ¿Cuánto me costará utilizar los servicios de cuidado de salud en este plan?

Al elegir tu plan de salud del Mercado de Seguros Médicos, es importante observar el costo total de cuidado de salud, no solo las primas. Debes ver cuánto podrías tener que pagar cuando utilices tus servicios de cuidado de salud. Algunas veces las personas eligen un plan de salud debido a que tienen una prima baja, pero terminan con facturas altas cuando van al médico o cuando tienen que comprar medicamentos.

Cuando veas tus opciones de los planes del Mercado de Seguros Médicos de tu estado, verás cuatro niveles principales de cobertura, conocidos como “niveles de metal”: Bronce (Bronze), Plata (Silver), Oro (Gold) y Platino (Platinum). (También hay “planes catastróficos”, pero solo están disponibles para las personas menores de 30 años con algunas excepciones).

Los planes Bronce tienen las primas mensuales más bajas, pero los costos de uso más altos (una visita al médico de atención primaria en un plan Bronce te costaría \$70). Los planes Platino usualmente tienen la prima mensual más alta, pero los costos de uso más bajos (por ejemplo, una visita al médico de atención primaria en un plan Platino te costaría solo \$20).

**CONSEJO:** Para obtener información más detallada acerca de los niveles de metal y qué buscar, consulta la hoja de datos de Consumers Union, [Bronce, Plata, Oro o Platino: Como elegir el nivel correcto de cobertura](#).

## El tipo de plan: ¿A qué tipo de plan me uniré: HMO, PPO o POS, o EPO?

Al comparar los planes, una cosa importante que se debe tener en cuenta es el tipo de plan. El tipo de plan determina cuánta libertad tienes para elegir a tu médico. Hay tres

tipos de planes que se ofrecen a través del Mercado de Seguros Médicos de tu estado. Un plan puede ser HMO (Organización para el mantenimiento de la salud), PPO (Organización de proveedores preferidos), POS (Punto de servicio) o EPO (Organización de proveedores exclusivos).

- En una **HMO**, hay una red de proveedores determinada que son empleados o tienen contrato con el plan de salud. Una HMO usualmente no cubrirá proveedores fuera de la red, excepto en raras circunstancias. Las referencias tienen que llegar a través de tu médico de atención primaria.
- Una **PPO** o **POS** incluye una red de proveedores dentro de la red con contrato, pero tú puedes utilizar proveedores fuera de la red a un costo más alto.
- Una **EPO** incluye una red de proveedores dentro de la red con contrato. No te permite utilizar médicos y hospitales fuera de la red (si lo haces, pagarás el total de los costos). Pero, puedes ver a cualquiera que esté en la red sin necesitar una referencia de tu médico de atención primaria.

**CONSEJO:** No todos los tipos de planes del Mercado de Seguros Médicos son ofrecidos por todas las compañías de seguro. Los tipos de planes son diferentes dependiendo de en qué parte de tu estado vives.

Es importante que entiendas cómo funciona el sistema de la red, para que no quedes atrapado con los costos altos por ir fuera de la red.

## Red de proveedores: ¿Está mi médico u hospital en la red del Mercado de Seguros Médicos para este plan?

Si hay médicos u hospitales específicos que tú desees, comprueba si tus médicos están en la red del plan. Debes ir al directorio en línea del plan. No siempre es fácil estar seguro si tus médicos están en la red del plan. Es posible que tengas que investigar un poco para averiguarlo. Te recomendamos:

- Ir al directorio de proveedores en línea del plan y buscar a tu proveedor;
- Asegúrate de que los proveedores están enumerados como “aceptando nuevos pacientes”;
- Llama al plan para confirmar que cada uno de tus proveedores está en la red; y
- Confirma directamente con la clínica del médico para asegurarte que está en la red del plan del Mercado de Seguros Médicos para 2016.

Anota la fecha en la que hiciste la llamada, con quién hablaste y qué te dijeron.

**CONSEJO:** Para conocer más acerca de las redes y cómo funcionan, consulta la Hoja de Información de Consumers Union: [¿Está mi médico en un plan? ¿Por qué importan las ‘redes’?](#)

## Calificaciones de calidad: ¿Cómo es la atención y el servicio al cliente de este plan?

Todos los planes de salud tienen calificaciones de calidad para cada uno de los productos de salud en su sitio web. Estas calificaciones se basan en las encuestas de satisfacción del cliente. Estas se basan en información recopilada de una organización independiente, el Comité nacional de aseguramiento de la calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA).

Debido a que los planes del Mercado de Seguros Médicos son nuevos en el mercado, no ha habido tiempo suficiente para obtener encuestas de satisfacción al cliente sobre los planes del Mercado de Seguros Médicos. En el 2016, las calificaciones de calidad actualizadas estarán disponibles para todos los planes del Mercado de Seguros Médicos. Entre tanto, tú puedes acceder al sitio web del plan de salud y revisar las calificaciones de calidad para algunos de los otros productos que ofrecen.

### Herramientas de compra adicionales

- [Bronce, Plata, Oro o Platino: Cómo elegir el nivel correcto de cobertura](#)
- [Costo compartido: ¿Cuál es la diferencia entre “coseguro” y “copago”?](#)
- [¿Mi médico está en un plan? ¿Por qué importan las “redes”?](#)
- [Cómo reportar tus ingresos cuando solicitas ayuda financiera en 2016](#)
- [Seguro médico y Créditos fiscales: Qué debes hacer al momento de presentar los impuestos](#)
- [Crédito fiscal para primas de salud y “Reconciliación fiscal”](#)

---

*Esta hoja de datos fue preparada por Geraldine Slevin & Julie Silas, Consumers Union. Para obtener más información, comuníquese con [geraldine.slevin@consumer.org](mailto:geraldine.slevin@consumer.org)*

---