

## Guía rápida sobre los Mercados de seguro médico

La Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) creó una nueva manera de encontrar y comprar cobertura de seguro médico privado para personas y sus familias: Los Mercados estatales de seguro médico. Originalmente llamado "intercambio", el término "Mercado" se refiere a un lugar donde usted puede encontrar y comparar opciones de seguro médico de compañías privadas de seguros. Estos Mercados han sido comparados con un centro comercial de seguros. Los Mercados para la mayoría de los estados son operados por el gobierno federal en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o 800-318-2596. Algunos estados tienen sus propios mercados. Por ejemplo, si vive en California, debe acceder el Mercado a través de [CoveredCA.com/espanol](https://www.CoveredCA.com/espanol). Para información sobre otros Mercados estatales, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state).

### ¿Por qué debería comprar a través del Mercado?

Hay beneficios reales al comprar cobertura a través del Mercado.

- **Máximo que paga de bolsillo:** Para 2024, los planes del Mercado no pueden tener un máximo que paga de bolsillo superior a \$9,450 para una persona y \$18,900 para una familia. Este tope es más alto que en años anteriores, pero sigue siendo más bajo que algunos planes patrocinados por el empleador, que pueden tener máximos que paga de bolsillo más altos. Además, los máximos que paga de bolsillo para todos los planes del Mercado deben incluir todo lo que gaste en deducibles, copagos y coseguros para proveedores dentro de la red.
- **Planes estandarizados:** Los planes vendidos a través del mercado están estandarizados por su nivel de costos compartidos:
  - Los planes bronce tienen un costo compartido de 60/40, lo que significa que la compañía de seguros privada paga por el 60% de sus gastos médicos y usted es responsable de pagar el 40% de sus gastos médicos. Por lo general, los planes bronce tienen las primas mensuales más bajas, pero gastos de bolsillos más altos.
  - Los planes plata tienen un costo compartido de 70/30..
  - Los planes oro tienen un costo compartido de 80/20.
  - Los planes platino tienen un costo compartido de 90/10, con las primas mensuales más altas, pero los gastos de bolsillo más bajos.
- **Ayuda económica:** En base a su nivel de ingresos familiares, usted puede calificar para una o ambas formas de ayuda económica. Usted puede recibir "créditos fiscales para primas", que reducen su prima mensual en base al plan que usted eligió. Y los "subsidiarios para costos compartidos" pueden reducir las cantidades de copago, deducibles, y las cantidades de coseguro.

### ¿Cómo califica para la ayuda económica del Mercado?

La cantidad de ayuda económica que puede recibir está basado en el tamaño de su hogar y su nivel de ingresos. Las personas que se enumeran a continuación pueden considerarse miembros de su hogar:

- Su cónyuge, si actualmente está casado.
- Niños dependientes, incluyendo los niños adoptados y acogidos, de cualquier edad.
- Niños cuya custodia ha compartido con otra persona, solo durante los años en que los ha reclamado como dependientes su declaración de impuestos.
- Niños independientes menor de 26 años, si desea que estén cubiertos por su plan del Mercado.
- Niños menor de 21 años que usted cuida y viven con usted, incluso si no los reclama como dependientes en su declaración de impuestos.
- Padres, hermanos, u otros parientes que usted cuida y viven con usted, si los reclama como "dependientes" en los impuestos.

Para obtener más información sobre determinar el tamaño de su hogar, visite:

[HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size](https://www.HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size)



Su nivel de ingresos se mide por su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés). Puede ser útil tener a mano el formulario 1040 del IRS al calcular su MAGI.

- **Paso 1:** Calcular su ingreso bruto sumando sus diversas vías de ingresos, incluyendo sus salarios o estipendios, ingresos de alquiler y regalías, ingresos de negocios, ingresos agrícolas, desempleo, y pensión alimenticia recibida.
- **Paso 2:** Calcular su ingreso bruto ajustado restando las deducciones calificadas.
- **Paso 3:** Calcular su MAGI sumando cualquier ingreso generado en el extranjero y costos de vivienda para las personas calificadas, ingresos exentos de impuestos, y beneficios mensuales del Seguro Social.

Para obtener más información: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/income-and-household-information/income/#magi>

**Medicaid ampliado:** Los siguientes estados han ampliado el acceso a Medicaid bajo la ACA, proporcionando cobertura para la gente con ingresos familiares de hasta el 138% del nivel federal de pobreza: AK, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, HI, IA, ID, IL, IN, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, NY, OH, OK, OR, PA, RI, SD, UT, VA, VT, WA, WV.

Si usted vive en un estado **con Medicaid ampliado:**

- Ingresos familiares de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): usted tiene acceso a Medicaid.
- Ingresos familiares entre el 138 y 250% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas y subsidios de costos compartidos (si elige un plan de seguro de salud de la categoría Plata).
- Ingresos familiares inferiores al 150% del FPL: Usted es elegible para un plan del Mercado por menos de \$10 por mes.
- Ingresos familiares entre el 250 y 400% del FPL: Usted tiene acceso a los créditos fiscales de primas.
- Ingresos familiares por encima del 400% del FPL: Usted puede comprar un plan del Mercado, pero no calificará para asistencia financiera, a menos que sus primas le cueste más del 8.5% de los ingresos familiares. Nota: Esta es una regla especial sólo hasta 2025. Algunos estados pueden proporcionar asistencia adicional. Por ejemplo, en California, usted puede calificar para créditos fiscales de primas hasta el 600% del FPL.

Nota: las cifras de FPL para el año en curso se utilizan para determinar la elegibilidad de Medicaid. Las cifras de FPL de los años anteriores se utilizan para determinar la asistencia financiera del Mercado.

Familiar Tamaño	Subsidios de Costo Compartido (solo para planes de la categoría Plata)					400% + (2023)
	100% (2024)	138% (2024)	150% (2024)	250% (2023)	400% (2023)	
1	\$15,060	\$20,782.8	\$22,590	\$36,450	\$58,320	Nuevo! Solo hasta el 2025 baja las primas mensuales al 8.5% de los ingresos familiares
2	20,440	28,207.2	30,660	49,300	78,880	
3	25,820	35,631.6	38,730	62,150	99,440	
4	31,200	43,056	46,800	75,000	120,000	
5	36,580	50,480.4	54,870	87,850	140,560	
6	41,960	57,904.8	62,940	100,700	161,120	

Medicaid      Créditos fiscales para primas

Si usted vive en un estado **sin Medicaid ampliado** (AL, FL, GA, KS, MS, SC, TN, TX, WI, WY):

- Ingresos familiares entre 100% y 138% del FPL: Tiene acceso a subsidios de costos compartidos (solo para planes de la categoría Plata).
- Ingresos familiares entre el 138 y 250% del FPL: Usted tiene acceso a créditos fiscales para primas y subsidios de costo compartido (si elige un plan de seguro médico de la categoría Plata).
- Ingresos familiares inferiores al 150% del FPL: Usted es elegible para un plan del Mercado por menos de \$10 por mes.
- Ingresos familiares entre el 250 y 400% del FPL: Usted tiene acceso a los créditos fiscales de primas.
- Ingresos familiares por encima del 400% del FPL: Usted puede comprar un plan del Mercado, pero no calificará para asistencia financiera, a menos que sus primas le cueste más del 8.5% de los ingresos familiares. Nota: Esta es una regla especial sólo hasta el fin de 2025.

**También nuevo:**

Existe un nuevo período mensual de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) para los consumidores con ingresos familiares inferiores al 150% del FPL, para inscribirse en un plan del Mercado en cualquier momento del año. Los estados que ejecutan sus propios Mercados pueden elegir ofrecer el SEP o no.

### ¿Cuándo puede comprar un plan del Mercado?

Aunque las solicitudes de Medicaid se aceptan durante todo el año, hay dos períodos de inscripción en el Mercado: el **Período de inscripción abierta (OEP, por sus siglas en inglés)** y el **Período mensual de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés)**.

El OEP del Mercado de 2024 es desde el 1 de noviembre de 2023, hasta el 15 de enero de 2024. Lo más temprano que los planes pueden entrar en vigencia es el 1 de enero. Si desea que su plan comience el 1 de enero de 2024, debe inscribirse antes del 15 de diciembre de 2023. Los estados que ejecutan sus propios Mercados pueden tener diferentes OEPs.



Cuando pierde la cobertura o experimenta un evento que cambia su vida, puede calificar para un SEP. Puede inscribirse en un plan del Mercado a través de un SEP de 60 días, por razones que incluyen:

- *Pérdida del seguro médico*
  - Pérdida del seguro médico patrocinado por el empleador (incluyendo el fin de COBRA)
  - Pérdida de elegibilidad para Medicaid, Medicare, o CHIP
  - Pérdida de cobertura a través de un pariente
- *Cambio de dirección*
  - Mudarse a un nuevo código postal o condado
  - Mudarse para asistir a la universidad o volver de la universidad
- *Cambios en el hogar.*
  - Matrimonio (elija el plan por el último día del mes y la cobertura comenzará el primer día del próximo mes)
  - Nacimiento de un bebé, adopción de un niño o colocación de un niño en cuidado de crianza temporal (la cobertura comienza el día del evento, incluso si se inscribe en el plan hasta 60 días después).
  - Divorcio o separación legal (si esto resulta en la pérdida del seguro de salud)
  - Muerte de alguien cubierto por su plan del Mercado.

Nota: Es posible que tenga otras opciones si pierde la cobertura de seguro médico patrocinada por el empleador. Para más detalles, vea [TriageCancer.org/video- perderelseguromedico](https://www.triagecancer.org/video-perderelseguromedico), o lea [TriageCancer.org/Guiarapida-perderelseguromedico](https://www.triagecancer.org/Guiarapida-perderelseguromedico)

### ¿Cuándo entra en vigencia un plan del Mercado?

Si se inscribe durante la inscripción abierta, antes del 15 de diciembre, en la mayoría de los estados, su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se inscribe durante un período de inscripción especial y se inscribe antes del día 15 del mes, la cobertura entrará en vigencia el 1 del mes siguiente.

- Por ejemplo: Inscribirse el 4 de mayo, la cobertura entrará en vigencia el 1 de junio

Sin embargo, si se inscribe entre el 16 y el último día del mes, la cobertura será efectiva el día 1 del segundo mes siguiente.

- Por ejemplo: Inscribirse el 18 de mayo, la cobertura entrará en vigencia el 1 de julio

### ¿Cómo reporta los cambios al Mercado?

Los cambios en sus ingresos, miembros del hogar, nombre u otra información de identificación, y estado (discapacidad, declaración de impuestos, ciudadanía/inmigración, etc.) deben ser reportados al Mercado. Existen tres formas de informar de estos cambios:

- *Actualizar su solicitud en línea:* Al iniciar sesión en su cuenta de CuidadoDeSalud.gov, seleccionar su solicitud, hacer clic en "Reportar un cambio de vida," y seguir las indicaciones, usted puede actualizar su solicitud de inmediato.
- *Actualizar su solicitud por teléfono:* Ponerse en contacto con el Mercado a 800-318-2596.
- *Actualizar su solicitud con ayuda en persona:* Obtener asistencia en persona a [ayudalocal.cuidadodesalud.gov](https://ayudalocal.cuidadodesalud.gov).

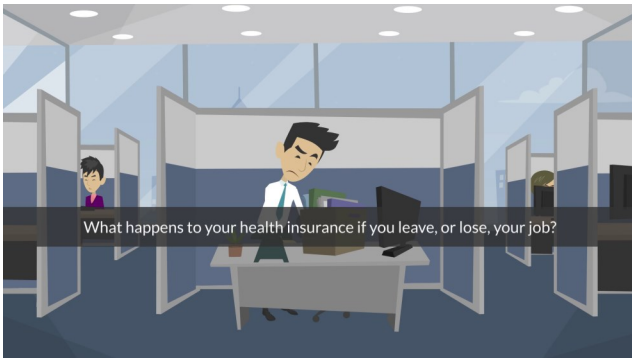
## Recursos de Triage Cancer creado para ayudarle a elegir un plan de seguro médico

Triage Cancer ofrece una serie de videos animados que explican conceptos claves que las personas necesitan entender para manejar de manera efectiva los desafíos legales y prácticos relacionados con el cáncer, además de manejar la carga financiera de un diagnóstico de cáncer. Estos videos explican temas relacionados con el seguro médico, el empleo, el seguro por discapacidad, planificación patrimonial, ensayos clínicos, los planes de atención de supervivencia al cáncer, y más.

Vea los videos en: [TriageCancer.org/videoanimado](https://TriageCancer.org/videoanimado)



### Explicado por Triage Cancer: Elegir un plan de seguro médico

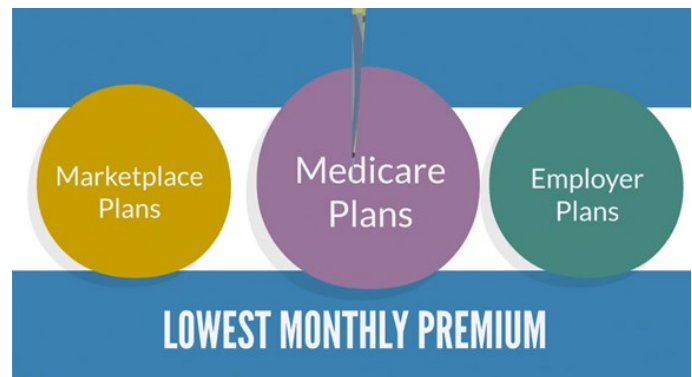


### Recursos de Triage Cancer: Hoja de trabajo de comparar los seguros médicos

[TriageCancer.org/Worksheet-HealthInsurance](https://TriageCancer.org/Worksheet-HealthInsurance)

Para obtener más información sobre seguro médico: [TriageCancer.org/HealthInsurance](https://TriageCancer.org/HealthInsurance) & [TriageCancer.org/Cancer-Finances](https://TriageCancer.org/Cancer-Finances)

### Explicado por Triage Cancer: Información básica sobre el seguro médico



### Explicado por Triage Cancer: Opciones cuando pierde su seguro médico vinculado al trabajo

Plan Costs					
Option #1			Option #2		
Monthly Premium	Deductible		Monthly Premium	Deductible	
\$ A	\$ B		\$ A	\$ B	
Co-Insurance (Cost-share)	Out-of-pocket Maximum for an Individual		Co-Insurance (Cost-share)	Out-of-pocket Maximum for an Individual	
% C	\$ C		% C	\$ C	
Out-of-pocket Maximum for a Family	Is there a separate deductible for prescription drugs? If yes, enter amount		Out-of-pocket Maximum for a Family	Is there a separate deductible for prescription drugs? If yes, enter amount	
\$ D	\$ D		\$ D	\$ D	
Is there a separate out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, enter amount	Does the plan have out-of-network coverage? If yes, enter percentage		Is there a separate out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, enter amount	Does the plan have out-of-network coverage? If yes, enter percentage	
\$ E	%		\$ E	%	
NOTES			NOTES		

#### Doing the Math

Complete the following to determine your total out-of-pocket costs for your health care for the year, assuming you receive enough health care to reach the out-of-pocket maximum.

1. Does your plan have separate deductible and/or out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, use this formula.

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + B + C + D + E =$	$(A \times 12) + B + C + D + E =$

2. Does your plan include deductibles in the out-of-pocket maximum? If no, use this formula.

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + B + C =$	$(A \times 12) + B + C =$

3. Does your plan include deductibles and prescription out-of-pocket costs in the out-of-pocket maximum? If yes, use this formula. (Note: Plans sold on the State Health Insurance Marketplaces will always use this formula)

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + C =$	$(A \times 12) + C =$