



Preguntas que se Deben Hacer al Elegir un Plan

El Mercado de Seguros Médicos ofrece distintos tipos de planes para satisfacer una variedad de necesidades y presupuestos. La mayoría de las personas califican para obtener ahorros y hacer que la cobertura médica sea accesible. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted y elija el precio y cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Hágase estas preguntas al comprar una cobertura del Mercado.

¿Puedo obtener ayuda para pagar una cobertura del Mercado?

La mayoría de las personas que se inscribieron en un plan de salud en CuidadoDeSalud.gov pueden encontrar primas mensuales por \$50–100 dólares al mes si califica para ahorros. Luego de completar una solicitud del Mercado, sabrá si es elegible para obtener ayuda financiera y reducir el costo de sus primas y cuidados mensuales. Los ahorros también se aplicarán a la cobertura dental de su hijo, ya sea si es una parte de su plan de salud o un plan dental separado.

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/ para ver si puede calificar para ahorros en el Mercado según sus ingresos.

¿Qué beneficios cubren los planes médicos?

Todos los planes médicos en el Mercado ofrecen el mismo conjunto de cosas y servicios conocidos como “beneficios de salud esenciales”. Estos beneficios cubren cosas como las visitas médicas, recetas, hospitalizaciones, embarazo y más.

Los planes médicos ofrecen otros beneficios como programas de administración de la visión, dental o médica para una enfermedad o condiciones específicas. Sin embargo, los beneficios específicos pueden ser diferentes en cada estado. Incluso dentro del mismo estado, pueden existir pequeñas diferencias entre los planes. Si compara los planes, verá qué beneficios cubren cada plan.

¿Cómo encuentro planes que se adapten a mi presupuesto y satisfagan mis necesidades?

Al elegir un plan, es una buena idea pensar en sus costos totales de atención médica, no sólo la prima que paga a su compañía de seguros cada mes. Otros costos de su bolsillo, como el coseguro o un copago, pueden tener un gran impacto en el gasto total en la atención médica.

Para elegir un plan basado en sus costos totales de atención médica, deberá calcular la cantidad de atención que es probable que utilice para el año siguiente. Al comparar los planes en el Mercado, puede elegir el uso médico que cada miembro de la familia espera como bajo, medio o alto. Cuando vea los planes, verá una estimación de sus costos totales—incluyendo las primas mensuales y todos los costos de su propio bolsillo—basados en el uso esperado de su hogar.

Los planes del Mercado, se dividen en 5 categorías Bronce, Plata, Oro, Platino y Catastrófico. **Estas categorías se basan en cómo usted y el plan médico comparten los costos totales del cuidado médico.**

En general, las categorías de planes con primas más altas (Oro y Platino) pagan más de sus costos totales de cuidado médico. Las categorías con primas más bajas (Bronce y Plata) pagan menos de sus costos totales. Vea la exención sobre los planes de Plata a continuación.

Si tiene menos de 30 años, puede inscribirse en un plan Catastrófico, ya sea que tenga una exención o no. Si tiene 30 años o más, puede inscribirse en esta categoría de plan sólo si califica para una exención por dificultades (esto incluye exenciones de accesibilidad). Para obtener más información sobre las exenciones por dificultades, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage-exemptions/hardship-exemptions/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage-exemptions/hardship-exemptions/).

A continuación, le indicamos cómo encontrar una categoría de plan que funcione para usted:

- **Si usted espera una gran cantidad de visitas al médico o necesita recetas regulares:** puede que desee un plan Oro o Platino. Estos planes generalmente tienen primas mensuales más altas pero pagan más de sus costos cuando usted necesita cuidado médico.
- **Si usted no espera usar servicios médicos regulares y no toma recetas regulares:** puede que desee un plan de Plata, Bronce o Catastrófico. Estos planes le cuestan menos por mes, pero pagan menos de sus costos cuando necesita atención médica.
- **Si califica para ahorros adicionales en costos de su bolsillo:** Los planes de Plata pueden ofrecer el mejor valor. Si califica para una “**reducción de costos compartidos**” ([CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/save-on-out-of-pocket-costs/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/save-on-out-of-pocket-costs/)) basada en sus ingresos, puede tener un deducible más bajo y pagar costos de su bolsillo más bajos (incluyendo **copagos** ([CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/co-payment/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/co-payment/)) y **coseguros** ([CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/co-insurance/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/co-insurance/))) cuando reciba atención médica, pero sólo si se inscribe en una plan Plata.

¿Cómo funciona la cobertura dental en el Mercado?

Una vez completada la solicitud del Mercado y que usted obtenga los resultados, puede entonces ver los planes médicos que incluyen cobertura dental. Algunos planes de salud ofrecen cobertura dental, pero no todos. Si quiere cobertura dental y su plan no la ofrece, puede inscribirse en un plan dental independiente separado al mismo tiempo que se inscribe en el plan médico. Algunos planes dentales cubren a los niños y otros cubren a las familias. Debe revisar los detalles del plan para asegurarse de que el plan incluya los beneficios que desea.

La cobertura dental para niños en el Mercado es un beneficio de salud esencial. Esto significa que si su hijo tiene menos de 18 años, la cobertura dental debe estar disponible como parte del plan de salud o como un plan dental independiente.

¿Serán cubiertos mi médico y mis medicamentos recetados?

Antes de comparar planes en el Mercado, tendrá la opción de ingresar a sus médicos, instalaciones y medicamentos recetados. Cuando vea los planes, verá si cada plan cubre los médicos, las instalaciones y los medicamentos recetados que ingresó.

¿Cuál es la calificación de calidad del plan médico?

Puede comparar los planes de salud en el Mercado usando una calificación de calidad de 5 estrellas para cada plan. Bajo el sistema de calificación de calidad de 5 estrellas, los planes se califican en una escala de 1–5. Cinco estrellas significa que el plan tiene la más alta calidad. En algunos casos, las calificaciones de estrellas pueden no estar disponibles, como cuando los planes son nuevos o tienen baja inscripción. La falta de una calificación de estrellas no significa que los planes tengan una calificación de baja calidad. Para obtener más información sobre las calificaciones de calidad, visite [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/choosing-high-quality-plan-spanish.pdf](https://www.cms.gov/outreach-and-education/choosing-high-quality-plan-spanish.pdf)

¿Tiene preguntas? Existe ayuda disponible.

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan) para obtener más información.
- Encuentre a alguien en su área para ayudarlo en [CuidadoDeSalud.gov/login](https://www.CuidadoDeSalud.gov/login).
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Usted tiene el derecho de obtener la información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

