



# Preguntas que se debe hacer al elegir un plan

El Mercado de Seguros Médicos ofrece diferentes tipos de planes para satisfacer una variedad de necesidades y presupuestos. La mayoría de las personas califican para ahorrar para que la cobertura de salud sea a bajo costo. Puede comparar planes de acuerdo con lo que es importante para usted y elegir el precio y la cobertura que se ajuste a sus necesidades. Hágase estas preguntas mientras compra cobertura del Mercado.

## ¿Puedo obtener ayuda para pagar la cobertura del Mercado?

Después de llenar una solicitud del Mercado, averiguará si califica para ahorros. Antes de solicitar, visite [cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/](https://cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/) para verificar si puede calificar para ahorros de acuerdo con sus ingresos. Los ahorros del Mercado incluyen un crédito tributario para reducir sus primas mensuales de seguro de salud y ahorros adicionales para reducir los costos que paga cuando usa los servicios médicos.

Si recientemente perdió la cobertura de salud, es posible que pueda obtener una cobertura a bajo costo y calidad a través del Mercado.

## ¿Qué beneficios cubren los planes médicos?

Todos los planes de salud en el Mercado ofrecen “beneficios esenciales de salud”, que son un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir por ley. Estos beneficios cubren cosas como las visitas al médico, prescripciones, hospitalizaciones, embarazo y más.

Los planes de salud pueden ofrecer otros beneficios, como programas de visión, dentales o de manejo médico para una enfermedad o afección específica. Sin embargo, los beneficios específicos pueden ser diferentes en cada estado. Incluso dentro de un mismo estado, puede haber diferencias entre planes. Al comparar planes, descubrirá qué beneficios cubre cada plan. Para obtener más información sobre qué beneficios cubren los planes de salud, visite [cuidadodesalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover/](https://cuidadodesalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover/).

## ¿Dónde puedo comparar planes?

Visite [cuidadodesalud.gov/es/see-plans/#/](https://cuidadodesalud.gov/es/see-plans/#/) Después de ingresar su código postal y responder a algunas preguntas básicas sobre su hogar e ingresos, puede comparar los planes disponibles en su área con precios estimados de acuerdo con los ahorros para los que califica.

## ¿Cómo elijo un plan?

Al elegir un plan, es una buena idea pensar en todos los costos de atención médica del año, no sólo en la prima que paga a su compañía de seguros cada mes.

La cantidad que pague por usar los servicios médicos puede tener un gran impacto en su gasto total en atención médica durante el año. Revise los costos del plan para:

- **Deducibles:** la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo total que paga cuando obtiene un servicio, como 20% para un medicamento genérico
- **Copagos:** Una cantidad fija que paga cuando recibe un servicio, como \$25 por visita al médico

Cada plan que aparece en [ciudadodesalud.gov/es/see-plans/#/](http://ciudadodesalud.gov/es/see-plans/#/) muestra los costos anuales totales estimados, los cuales se calculan utilizando la prima del plan (x 12 meses), deducibles y copagos/coseguros. Para comenzar, estas cantidades se fijan a uso medio de los servicios médicos. Puede ajustarse a bajo o alto para obtener una mejor estimación de cuánto podría gastar su hogar en atención médica en el próximo año con cada plan.

Para comparar planes más rápido, use filtros de **precios fáciles**. Los planes del mercado marcados con **precios fáciles** tienen los mismos deducibles, copagos/coseguros y máximos de bolsillo. También incluyen algunos beneficios antes de llegar al deducible. Sólo pagará un copago por servicios como atención de urgencia, visitas al médico y especialista, y medicamentos genéricos y preferidos.

## ¿Cuáles son las diferentes categorías de planes de salud?

Los planes del Mercado se encuentran en 4 categorías: Bronce, Plata, Oro y Platino. Los planes catastróficos son una quinta categoría de plan de salud que están disponibles para algunas personas. **Estas categorías de planes de salud se basan en cómo usted y su plan dividen los costos de su atención médica. No tienen nada que ver con la calidad de la atención que obtendría.**

Generalmente, las categorías de planes con primas más altas (Oro y Platino) tienen deducibles más bajos. Las categorías con primas más bajas (Bronce y Plata) tienen deducibles más altos.

## ¿Qué categoría de plan de salud funcionará para mí?

- **Si espera muchas visitas al médico o necesita recetas regulares,** es posible que desee un plan Oro o Platino. Estos planes generalmente tienen primas mensuales más altas pero deducibles más bajos.
- **Si no espera utilizar servicios médicos habituales y no toma recetas médicas regulares,** es posible que desee un plan Plata o Bronce. Estos planes le cuestan menos por mes, pero tienen deducibles más altos, por lo que pagará más antes de que el plan comience a pagar.

**Si califica para ahorros adicionales en costos de bolsillo, debe elegir un plan Plata para obtener los ahorros adicionales.** Si califica para una "reducción de costos compartidos" basada en sus ingresos, puede ahorrar dinero en costos de su bolsillo cuando recibe atención, como deducibles y copagos, pero sólo si se inscribe en un plan Plata. Para verificar si puede calificar para ahorrar, visite [ciudadodesalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/](http://ciudadodesalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/).

## ¿Qué son los planes de salud catastróficos?

Los planes de salud catastróficos tienen primas mensuales bajas y deducibles muy altos. Pueden ser una forma a bajo costo de protegerse de los peores escenarios, como enfermarse o lesionarse gravemente. Pero usted mismo paga la mayoría de los gastos médicos de rutina.

Si tiene menos de 30 años, puede inscribirse en un plan Catastrófico. Si tiene 30 años o más, puede inscribirse en esta categoría de plan sólo si califica para una exención por dificultades económicas o a bajo costo.

Para obtener más información sobre las exenciones, visite [ciudadodesalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply/](http://ciudadodesalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply/).

## ¿Puedo obtener cobertura dental en el Mercado?

Algunos planes de salud ofrecen cobertura dental, pero no todos. Si desea cobertura dental y su plan no lo ofrece, puede inscribirse en un plan dental separado al mismo tiempo que se inscribe en un plan de salud. Algunos planes dentales sólo cubren a niños y otros cubren a familias. Debe revisar los detalles del plan para asegurarse de que incluya los beneficios que desea.

Todos los planes dentales deben ofrecer cobertura dental a niños de 18 años o menos. Si califica para ahorros y se inscribe en un plan de salud del Mercado que no incluye cobertura dental para niños, cualquier ahorro no utilizado se aplicará a un plan dental separado para su hijo.

## ¿Estarán cubiertos mi médico actual y mis medicamentos recetados?

Cuando compare planes en el Mercado, tendrá la opción de ingresar sus médicos, centros médicos y medicamentos recetados. Cuando revise los planes, descubrirá si cada plan cubre los médicos, los centros médicos y los medicamentos recetados que ingresó.

## ¿Cuál es la calificación de calidad del plan de salud?

Compare los planes de salud en el Mercado usando la calificación de calidad (o calificación "estrella") para cada plan. Los planes se califican en una escala del 1 al 5. Estas calificaciones le dan una visión objetiva de cómo se compara la calidad de cada plan con la de otros planes del Mercado en su estado y en todo el país. Cinco estrellas significan que el plan tiene la más alta calidad. En algunos casos, es posible que las calificaciones con estrellas no están disponibles, como cuando los planes son nuevos o tienen baja matrícula. La falta de una calificación por estrellas no significa que los planes tengan una calificación de baja calidad. Para obtener más información sobre las calificaciones por estrellas, visite [cuidadodesalud.gov/es/quality-ratings/](https://cuidadodesalud.gov/es/quality-ratings/).

## ¿Tiene preguntas? Existe ayuda disponible.

- Visite [cuidadodesalud.gov/es/choose-a-plan/](https://cuidadodesalud.gov/es/choose-a-plan/) para obtener más información o visite [cuidadodesalud.gov/es/see-plans/#/](https://cuidadodesalud.gov/es/see-plans/#/) para buscar planes y precios antes de presentar la solicitud.
- Encuentre a alguien en su área que le ayude en [cuidadodesalud.gov/es/find-assistance/](https://cuidadodesalud.gov/es/find-assistance/).
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice](https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice) (en inglés)

o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

## Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11672-S  
Septiembre 2023

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



CuidadoDeSalud.gov