



BlueCross BlueShield of Texas

Conozca más sobre los seguros de salud

Su guía para la Ley
del Cuidado de
Salud a Bajo Precio



Resumen

Si usted cuenta con un presupuesto limitado, un seguro de salud puede parecer un lujo. Pero proteger su salud, y la de su familia, es una de las decisiones más importantes que puede tomar. Si no tiene cobertura médica, es probable que tenga que pagar una multa sobre impuestos.

Además, tendrá que pagar de su bolsillo todos los costos de cuidado de salud que reciba, tales como:



Visitas a la sala de emergencias

Si resulta gravemente enfermo o lesionado, puede necesitar de atención médica en una sala de emergencias. Un seguro de salud le puede ayudar a pagar por la atención médica que reciba y por servicios costosos tales como radiografías, exámenes y cirugías. Sin embargo, si no tiene un seguro médico es posible que tenga que pagar todo por su cuenta.



Medicamentos con receta

Los medicamentos con receta pueden ser caros. Muchos planes de seguro médico pagan una parte del costo de los medicamentos con receta para ayudarle a manejar sus gastos médicos.



Otros servicios médicos

Aunque goce de buena salud, es posible que necesite servicios médicos de vez en cuando. Pero los exámenes, las pruebas de detección y los tratamientos pueden ser costosos. Si cuenta con un seguro de salud, solo tendría que pagar un porcentaje del costo total o un monto fijo para ciertos servicios. Los planes médicos pueden incluso pagar el costo completo de algunos exámenes de rutina, sin costo adicional para usted.

¿Necesita un seguro de salud?

A partir del 1 de enero del 2014, casi todos nosotros tenemos que tener cobertura para el cuidado de la salud. La cobertura incluye un seguro médico a través de un plan para individuos y familias o de un empleador, o un programa como *Medicaid* o el Programa de Seguro de Salud para Niños (*Children's Health Insurance Program*). Sin un seguro médico, usted podría enfrentar una multa sobre sus impuestos.

Para el 2014, la multa sobre impuestos (o fiscal) por no tener cobertura de seguro médico es de \$95 por adulto y \$47.50 por niño. Esto significa una multa sobre impuestos anual de \$95 para individuos y hasta \$285 por familia, o bien, el 1 por ciento de sus ingresos que sobrepasen el límite establecido por el gobierno federal para presentar su declaración de ingresos, lo que sea más alto. Tenga en cuenta que la multa sobre impuestos aumentará cada año. Por favor consulte con un asesor en materia de impuestos si tiene alguna pregunta sobre los impuestos.



Límite establecido para presentar la declaración de ingresos

Para hacer una declaración de sus ingresos para determinar la cantidad de impuestos que debe pagar, usted tiene que ganar al menos una cantidad estipulada por el gobierno federal. Para individuos el límite es de \$10,150 y para familias es de \$20,300. Cualquier cantidad mayor al límite está sujeta a impuestos. Si usted gana menos que el límite, no tendrá que pagar la multa sobre los impuestos por no tener cobertura médica.

Ejemplos de cómo la declaración de impuestos afecta el cálculo de la multa sobre impuestos.



Carmen gana \$19,000 al año.

Ingreso	\$19,000
Menos el límite para hacer la declaración de impuestos como individuo	- 10,150
	= \$8,850 (Ingreso sujeto a impuestos)
	El 1% del ingreso sujeto a impuestos es \$88.50
	= \$88.50 (\$8,850 x 1% = \$88.50)

Al no tener un seguro médico ella pagará de multa la cantidad que sea mayor, ya sea \$95 o el 1% de su ingreso sujeto a impuestos.

En este caso, Cindy pagará una multa fiscal de \$95 por no tener cobertura médica.



Luís y Graciela ganan \$50,000 al año y tienen tres hijos menores de los 18 años de edad.

Ingreso	\$50,000
Menos el límite para hacer su declaración de impuestos como familia	- 20,300
	=\$29,700 (Ingreso sujeto a impuestos)
	El 1% del ingreso sujeto a impuestos es \$297
	= \$297 (\$29,700 x 1% = \$297)

Al no tener un seguro médico ellos pagarán de multa la cantidad que sea mayor, ya sea \$285 o el 1% de su ingreso sujeto a impuestos.

En este caso, la familia pagará una multa fiscal de \$297 por no tener cobertura médica.

¿Cuáles con sus opciones?

1

Usted puede adquirir cobertura médica a través de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) o de parte de un agente de seguros. Llame a su agente de seguros médicos o comuníquese con BCBSTX al 888-731-0406.

2

También puede obtener cobertura médica a través el Mercado de Seguros Médicos (*Health Insurance Marketplace*). De hecho, Blue Cross and Blue Shield of Texas le puede ayudar a solicitar cobertura médica en el Mercado en línea incluso si califica para ayuda federal para reducir el costo de las primas.

3

O tal vez usted y su familia puedan obtener cobertura a través de *Medicaid* o del Programa de Seguro de Salud para Niños (*Children's Health Insurance Program* o *CHIP*).

4

Si usted es un miembro de ciertos grupos religiosos, si es un indígena norteamericano, si tiene una dificultad financiera o si califica de alguna otra manera para una excepción, es posible que usted no tenga que pagar una multa sobre sus impuestos por no haber comprado un seguro médico.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de seguro de salud en el Mercado de Seguros Médicos?

El período de inscripción abierta para los planes de seguro médico que entraron en vigor en el año 2014 fue del 1 de octubre del 2013 hasta el 31 de marzo del 2014. Ese período ya terminó. El nuevo período de inscripción abierta para planes médicos que entrarán en vigor en el 2015 empezará el 15 de noviembre del 2014 y concluirá el 15 de febrero del 2015.

Sin embargo, existen casos especiales que le permiten obtener cobertura médica aun cuando el período de inscripción abierta haya terminado, tales como:

- Si se muda a una nueva área que le ofrece diferentes planes, o que no está cubierta por su red HMO.
- Si contrae matrimonio.
- Si tiene o adopta a un hijo.
- Si pierde otra cobertura de salud debido a la pérdida de empleo, disminución en las horas de trabajo, terminación de la cobertura de COBRA o por otras razones.*
- Si su ingreso cambia o algún otro suceso de vida cambia su ingreso o la situación de su hogar.
- Si se convierte en ciudadano de los Estados Unidos.
- Si puede comprobar que la compañía de su seguro de salud incumplió su contrato con usted.
- Si usted ya no está cubierto por el plan de salud familiar del asegurado porque cumplió los 26 años de edad, se separó legalmente o se divorció de su cónyuge, o el titular de la póliza del seguro médico falleció.
- Si usted es un miembro de una tribu indígena norteamericana o de una tribu nativa de Alaska.

Si ocurriese cualquiera de los casos especiales mencionados, usted tendrá 60 días para conectarse al Intercambio en línea para inscribirse en un plan de seguro de salud o para cambiar de plan.

* Tenga en cuenta que los puntos a continuación no se consideran como pérdida de la cobertura médica: cancelación voluntaria de su plan de seguro de salud, cancelación de su plan de seguro por falta de pago de sus primas o cancelación de su plan de seguro porque su plan no cumplió con los requisitos establecidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿Qué sucede si no puede pagar un seguro médico?

Existen muchos planes de salud que pueden satisfacer sus necesidades médicas y su presupuesto. Es posible además que sea elegible para recibir un crédito sobre impuestos que pueda reducir el costo de su prima.

Al momento de buscar un plan, usted podrá comparar los costos de la **prima**, los **deducibles** y los gastos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse.

Para inscribirse en un plan de salud puede hacer su solicitud a través de BCBSTX o del Mercado en línea. Al presentar su solicitud, también puede comprobar si califica para obtener ayuda para pagar su seguro.



Prima

El monto regular que tiene que pagar mensualmente por su plan o seguro de salud.



Deducible

Un monto fijo de los gastos que tiene que pagar cuando recibe cuidado médico antes de que reciba el reembolso por el servicio cubierto bajo su plan de salud.



El ingreso de la familia Moreno es de \$64,500.

Ingreso anual	% pagado por la prima
\$23,550 a 31,322	2%
\$31,322 a 35,525	3 a 4%
\$35,525 a 47,100	4 a 6.3%
\$47,100 a 58,875	6.3 a 8.05%
\$58,875 a 70,650	8.05 a 9.5%
\$70,650 a 94,200	9.5%



En este ejemplo: **\$11,091** (costo de la prima) - **\$5,566** (porción de la prima del plan que pagará la familia) = **\$5,525** (crédito sobre impuestos)

Para calcular el crédito sobre impuestos para el cual califica, hay que restarle del costo anual del plan el porcentaje de su ingreso anual que le corresponde pagar. El resultado será su crédito sobre impuestos.

Las familias con un ingreso anual menor que \$23,500 pueden ser elegibles para un seguro de salud a través del programa Medicaid.

¿Cómo son los planes de salud?

Hay cuatro niveles de planes de salud: Bronce, Plata, Oro y Platino.

Plan Platino	Costo mensual		Esta es una buena opción si piensa utilizar los servicios de cuidado de salud con frecuencia.
	Costo al recibir cuidado médico		
Plan Oro	Costo mensual		Esta es una buena opción si desea ahorrar en las primas mensuales y a la vez mantener bajos los gastos de su bolsillo.
	Costo al recibir cuidado médico		
Plan Plata	Costo mensual		Esta es una buena opción si necesita equilibrar el costo de la prima mensual con los gastos de su bolsillo.
	Costo al recibir cuidado médico		
Plan Bronce	Costo mensual		Esta es una buena opción si no tiene pensado necesitar servicios de cuidado de salud con frecuencia.
	Costo al recibir cuidado médico		

Planes para casos catastróficos: La cobertura médica para casos catastróficos, tiene una prima más baja y un deducible más alto en comparación con otros planes de salud. Estos planes están disponibles en el Mercado en línea para personas menores de los 30 años de edad y otras personas que sean elegibles.

¿Qué necesito saber cuando busco un plan médico?

¿Con cuál red de proveedores cuenta el plan?

¿Está su médico en la red del plan médico que desea adquirir? Tal vez sea buena idea hacer una lista de sus médicos, incluyendo especialistas, fisioterapeutas, farmacias, hospitales, y clínicas de cuidado de urgencia que usted consulta y comprobar que formen parte de la red del plan.

¿Con qué frecuencia consulta a un médico?

¿Se enferma usted tan solo unas pocas veces al año? ¿Tiene una condición de salud que implica frecuentes consultas al médico u hospital?

¿Cuánto puede gastar?

Piense en el costo de la prima mensual, pero también tenga en mente el deducible, los copagos y otros gastos de su bolsillo, para calcular cuánto podría terminar pagando en un año, en caso de que termine con facturas médicas inesperadas.

¿Toma usted medicamentos con receta?

¿Puede tomar medicamentos genéricos, o toma medicamentos de marca que le pueden costar más cada mes? La cobertura de medicamentos puede variar en cada plan.



La red

Es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud que un plan de seguro ha contratado para prestar servicios de atención médica a las personas aseguradas.

¿Qué incluyen los nuevos planes de salud?

Cobertura garantizada

Cuando solicite cobertura médica durante el período de inscripción abierta o período de inscripción especial, ésta no le podrá ser negada, incluso si tiene una condición médica preexistente.



Beneficios esenciales para la salud

A partir del 2014, la mayoría de los planes de seguro cubren ciertos cuidados de salud esenciales para la buena salud tales como:

- Atención médica de emergencia
- Medicamentos con receta
- Hospitalización
- Maternidad y cuidado del recién nacido
- Servicios de rehabilitación y equipo médico
- Servicios de ambulancia
- Servicios de laboratorio
- Servicios para la salud mental/abuso de sustancias
- Servicios para la prevención/bienestar de la salud y para el manejo de condiciones médicas crónicas
- Servicios de pediatría



Servicios de prevención

Los planes de seguro cubren muchos servicios de salud preventivos sin costo. Esto significa que no tiene que pagar un **copago**, **coseguro**, ni deducible por servicios tales como:

- Exámenes anuales y consultas para el bienestar de la salud del niño
- Vacunas recomendadas y vacunas contra la gripe
- Pruebas para la detección temprana del cáncer como mamografías, exámenes cervicales y colorrectales
- Pruebas para la obesidad y asesoría
- Pruebas para detectar el abuso de alcohol y de tabaco incluyendo ayudas para cesar el consumo de ambos
- Pruebas para detectar la presión arterial elevada, colesterol, diabetes y depresión

Servicios de prevención para la mujer, tales como:

- Consultas para el bienestar de la salud de la mujer
- Pruebas Papanicolaou
- Pruebas de detección de osteoporosis
- Pruebas para detectar el virus del papiloma humano (VPH) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Evaluación y asesoría para casos de violencia entre parejas íntimas
- Pruebas y asesoría para enfermedades de transmisión sexual;
- Asesoría y métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)
- Asesoría, apoyo y suministros para la lactancia materna



Copago

Un monto fijo en dólares que debe pagar por un servicio médico cubierto por su plan de salud.



Coseguro

Una cantidad que debe pagar por un servicio de cuidado de salud cubierto por su plan médico. Por lo general es un porcentaje del gasto elegible.

Planes de salud y las redes de proveedores de servicios de salud

Los planes de salud trabajan con grupos selectos de médicos, hospitales y otros profesionales del cuidado de la salud para proveer una amplia gama de servicios de salud que están cubiertos por un plan de salud. Algunas redes de proveedores de servicios de salud tienen menos médicos y hospitales que otras. Los planes con redes más pequeñas pueden tener primas mensuales más bajas que los planes con redes más grandes.

Para mantener los costos bajos cuando utilice su plan, debe asegurarse de mantenerse “**dentro de la red**” al recibir servicios médicos; eso significa que debe utilizar los médicos y otros proveedores de servicios de salud que forman parte de la red de su plan. Si consulta con un médico fuera de su red, usted podría tener que pagar más por su cuidado médico. En algunos casos, podría tener que pagar el costo total.

Antes de adquirir cobertura médica usted puede consultar nuestro directorio en línea *Provider Finder*[®] en bcbstx.com para saber cuáles médicos forman parte de la red del plan que está considerando. También, una vez que ya tenga cobertura médica, puede utilizar a *Provider Finder* para encontrar médicos o cualquier especialista que necesite.

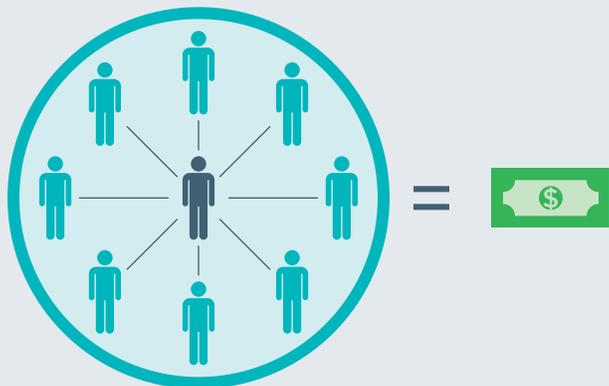


Dentro de la red

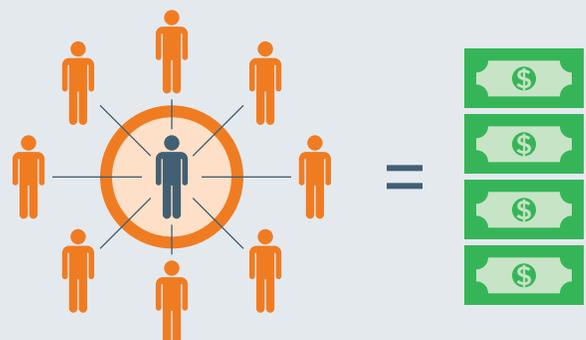
Servicios médicos cubiertos por su plan de salud que han sido provistos u ordenados por su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o por otro proveedor de servicios de salud que es parte de la red de su plan.

Si elige un proveedor de servicios de salud que no forma parte de la red podría significar gastos de bolsillo más altos.

Dentro de la red



Fuera de la red



Ejemplos



Luís tiene 32 años de edad

- No tiene condiciones médicas crónicas
- Quiere una prima mensual de bajo costo
- Consulta a un médico una vez al año para un examen físico
- No toma medicamentos con receta

Una buena opción para Luís sería comprar un plan **Bronce HMO**. Un plan Bronce HMO pudiese tener una prima mensual de un costo más bajo, ofrecer copagos predecibles y un médico de atención primaria (PCP, en inglés) para que coordine sus cuidados de salud y provea referidos u órdenes médicas en caso de que necesite consultar a un especialista. Luís pudiera necesitar un referido para un especialista o él pudiese terminar pagando el costo total de la visita. En caso de que Luís necesite un referido para consultar a un especialista, tiene que asegurarse de que el especialista forme parte de la red de su plan.



María tiene 47 años de edad

- Tiene diabetes
- Toma cuatro medicamentos con receta (dos son de marca y dos son genéricos)
- Quiere asegurarse de que los gastos de su bolsillo sean bajos
- Gana \$28,000, lo que significa que debería obtener un crédito federal sobre los impuestos para pagar por la prima y los costos compartidos

María podría elegir un plan **Plata PPO** porque quiere consultar directamente con los especialistas que tratan su diabetes. Al comprar un plan Plata, María puede recibir ayuda para cubrir los costos compartidos, lo que le ayuda a reducir los gastos de su bolsillo. Puede comparar los diferentes planes Plata y asegurarse de que los especialistas que quiere consultar formen parte de la red de proveedores de servicios de salud del plan que elija. Para maximizar sus beneficios de cobertura médica, es importante que ella solo visite proveedores de la red.



Sarah y David tienen dos hijos, Sam de 4 años y Amanda de 7 años

- Las consultas médicas de seguimiento son importantes
- Sam tiene asma, pero aparte de él nadie más tiene problemas serios de salud
- Ellos están considerando tener un tercer hijo pronto

Una buena opción para Sarah y David puede ser un plan **Oro HMO**. Si bien los planes HMO y PPO incluyen servicios de prevención como las visitas para el bienestar de la salud del niño/la mujer y cobertura de maternidad, con dos hijos no sería mala idea considerar un plan que tiene copagos predecibles. Ellos debieran asegurarse de que los proveedores de servicios de salud que quieren consultar están en la red de su plan y saber que tendrán que obtener el referido para consultar a especialistas para tratar cuestiones de salud tal como el asma de Sam.

¿Qué es el gasto máximo de bolsillo?

El gasto máximo de su bolsillo es la cantidad máxima anual que usted tiene que pagar de su bolsillo por gastos médicos bajo su plan de seguro médico.

- Los planes de seguro pueden requerir que usted pague por algunos gastos de su propio bolsillo cuando usted necesita cuidado médico.
- La cantidad que usted tendrá que pagar durante un año bajo su plan por servicios médicos recibidos, protegiendo su bolsillo en caso de que surja un problema médico grave y costoso.
- El gobierno puede cambiar este límite cada año. Para el 2015, el gasto máximo de bolsillo será \$6,600 para individuos y \$13,200 para familias.
- Si consulta con proveedores de cuidados de salud fuera de su red, esos gastos posiblemente no se cuenten en el gasto máximo de su bolsillo, y por lo tanto puede terminar pagando más dinero de su bolsillo.

Cómo funciona:



Si el plan de José tiene un gasto máximo de bolsillo de **\$6,350**, esto significa que la cantidad máxima por gastos médicos que Joe pagará este año de su propio bolsillo es de \$6,350.



En otras palabras, si José goza de buena salud él sólo tendría que pagar por el cuidado médico y medicamentos que utilice.



Ahora, en caso de que José sufra un accidente o una enfermedad grave, eso podría significar cuentas costosas por cuidados médicos. Sin embargo, debido a que José tiene seguro de salud y se mantiene dentro de la red, no tendrá que pagar más de \$6,350 durante el resto del año por gastos médicos cubiertos por su plan de salud, incluso si su **cuidado llegara a costar más.**

Cuando esté listo, visite bcbstx.com

- Haga una lista de las preguntas que tenga antes de elegir un plan de salud.
- Reúna la información básica del ingreso anual de su hogar.
- Decida cuánta cobertura médica necesita y prepare un presupuesto.
- Inscríbase en línea en bcbstx.com, llámenos al 888-731-0406, o visite a su agente de seguros.

Además, si está solicitando un seguro de salud en el Mercado en línea, tenga la siguiente información a mano:



Prueba de ciudadanía de los Estados Unidos o residencia legal

Números del Seguro Social o prueba de residencia legal para todos los miembros de la familia



Seguro de salud vigente

Números de póliza de cualquier seguro de salud vigente e información sobre el seguro de salud disponible a través del empleo



Residencia en el esta

Licencia de conducir, contrato de alquiler de su vivienda o factura de servicios



Estado migratorio o de residencia legal

Número del documento de su estado migratorio



Ingreso para todos los miembros de la familia

Formularios W-2 o recibos de nómina, ingreso por desempleo o discapacidad, ingreso del Seguro Social, pensión o jubilación y/o una copia de su última declaración de impuestos



Método de pago

¿Cómo pagará por un plan de seguro?
¿Cheque personal, efectivo o tarjeta de crédito o débito?

Y, ¿ahora qué sigue?

Si decidió adquirir un plan de cuidado de salud, ¡excelente! Hemos respondido a muchas preguntas de los asegurados nuevos. Las siguientes preguntas le podrían ayudar una vez que seleccione un plan.

¿Cómo pago por mi plan de salud?

Puede pagar su prima a través de pagos automáticos recurrentes, cheque personal por teléfono, en línea, por correo o por tarjeta de crédito o débito. Para obtener más detalles sobre cada forma de pago, visite espanol.bcbstx.com/payment-options.

¿Cuándo recibiré mi tarjeta del seguro médico?

Después de que su solicitud se apruebe usted recibirá su tarjeta del seguro a través de correo postal. Su tarjeta tendrá su número de identificación de asegurado y de grupo, información sobre su plan, copagos y números telefónicos importantes a los que puede llamar cuando necesite ayuda. Tenga su tarjeta a mano en todo momento, porque uno nunca sabe cuándo la podría necesitar. En caso de un accidente, su tarjeta de asegurado proporcionará detalles importantes al personal médico en la sala de emergencias.

¿Qué debo hacer antes de consultar a un médico?

Asegúrese de verificar que su médico, proveedor de servicios de salud u hospital forme parte de la red de su plan. Si consulta con un proveedor de servicios de salud que no está en la red de su plan, le costará más (a menos que sea una emergencia). Para verificar si su médico está en la red de su plan o si desea encontrar uno nuevo, utilice nuestro directorio en línea *Provider Finder*.

¿Cómo puedo encontrar a un médico de atención primaria?

Para encontrar a un médico de atención primaria, puede usar el directorio *Provider Finder*. Para usar *Provider Finder*, visite la página bcbstx.com y haga clic en “*Find a Doctor*” (Buscar un médico). *Provider Finder* está diseñado para darle una lista de médicos, hospitales y otros profesionales del cuidado de la salud que pertenecen a las redes de proveedores contratados por BCBSTX. *Provider Finder* le ayuda a buscar proveedores de servicios de salud por nombre, ubicación, red del plan y especialidad. También, en *Provider Finder* usted puede verificar qué idiomas hablan los proveedores, y otra información útil tal como mapas e indicaciones de cómo llegar. **Este directorio le ayuda a encontrar con facilidad aquellos proveedores del cuidado de la salud que le atienden en español.**

¿Qué pasa si mi médico no forma parte de la red?

Una de las razones por las que podemos mantener bajos los costos del cuidado de la salud es porque trabajamos con médicos y hospitales que forman parte de una red específica. Los gastos de su bolsillo serán más bajos si utiliza a un proveedor dentro de la red. Puede repasar los planes que está considerando para saber cuál ofrece cobertura médica aunque reciba atención médica fuera de la red. Para evitar costos adicionales, siempre verifique que su médico o proveedor de servicios de salud forme parte de la red de su plan.