

EMPRESAS PEQUEÑAS

El Mercado

Los empleadores con 2-50 empleados al equivalente a tiempo completo tendrán la opción de obtener cobertura a través del Programa de Opciones Médicas para Empresas Pequeñas (SHOP, siglas en inglés).

Inscripción/Requisitos

Un empleador debe de tener su lugar principal de negocios, o un sitio de trabajo para sus empleados, en el área de servicio del SHOP; tiene que tener al menos un empleado que cumpla con los requisitos para participar en el Mercado; debe tener 50 empleados o menos que trabajen por tiempo completo; y tiene que ofrecer cobertura de SHOP a todos los trabajadores de tiempo completo.

Créditos de Impuestos

Los créditos de impuestos están disponibles para aquellos empleadores que tengan menos de 25 empleados al equivalente a tiempo completo, paguen un salario promedio anual de \$50,000, y contribuyan al menos un 50% de la prima de los empleados.

Multas

No es obligatorio que los empleadores ofrezcan cobertura médica. Sin embargo, ciertos empleadores con 100 o más empleados al equivalente a tiempo completo tendrán que pagar multas si al menos uno de sus trabajadores recibe un crédito de impuesto adelantado para las primas del Mercado, si deciden no ofrecer cobertura, o si se determina que la cobertura no es asequible para los empleados.

Recuerde Verificar

Asegúrese de verificar que usted le esté comprando cobertura médica a una compañía de seguros con licencia. Si usted tiene preguntas con respecto a agentes, compañías, y navegadores por favor contacte la División de Servicios al Consumidor del Departamento de Servicios Financieros al 1-877-MY-FL-CFO, 1-877-693-5236 o visite Espanol.MyFloridaCFO.com/Division/Consumers/PurchasingInsurance/.

Para más información o asistencia, por favor visite

Espanol.MyFloridaCFO.com o llame al
1-877-MY-FL-CFO
1-877-693-5236

Reformas para el Cuidado de su Salud

Espanol.MyFloridaCFO.com/Division/Consumers/HealthReform.htm

Recursos Adicionales

www.cuidadodesalud.gov/es/
1-800-318-2596



julio 2017

REFORMAS PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

Su Guía para La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio



LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

Mercado de Seguro Médico

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio se convirtió en decreto en marzo de 2010. La Protección al Paciente y la Ley de Atención Médica Asequible (PPACA, siglas en inglés), la cual se convirtió en ley el 23 de marzo de 2010, fue enmendada por La Ley de Conciliación del Cuidado de la Salud y la Educación el 30 de marzo de 2010. El nombre “Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio” se usa para referirse a la versión final y enmendada de la ley.

Uno de los primeros cambios creados por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio fue la introducción del Mercado de Seguro Médico para individuos y empresas pequeñas con el objetivo de proveer cobertura médica en los Estados Unidos.

Elegibilidad

Un individuo debe:

- Vivir en la zona geográfica donde el plan médico fue aprobado
- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o nacional; o
- Ser un residente legal de los Estados Unidos
- No estar encarcelado

Mandato Individual

Requiere que la mayoría de las personas tengan seguro o cobertura médica o serán multados. El seguro puede venir de un empleador, plan individual, o ciertos programas. Existen algunas excepciones al mandato.

Inscripción

La inscripción comienza el 1 de noviembre, con cobertura empezando el 1 de enero. Para que la cobertura comience el 1 de enero, usted debe inscribirse antes del 15 de diciembre. La inscripción abierta continúa hasta el 31 de enero con días de cobertura efectiva más tardes.

Proceso de Inscripción

El proceso de inscripción requiere una solicitud, lo cual determinará su elegibilidad para un Plan

de Salud Autorizado por el Mercado, así como la cualificación para primas de crédito de impuestos, al igual que costos compartidos reducidos. Entonces podrá comparar los planes con una herramienta para compartir en línea.

Re-Inscripción

Es importante que las personas que ya han comprado un plan de seguro médico verifiquen su información personal en su cuenta con el Mercado de Seguros. Aun cuando usted no tenga que tomar ninguna acción, se le recomienda que verifique toda la información para así aprovechar al máximo toda la asistencia disponible que usted pueda recibir. Además, asegúrese de comparar todas las opciones para que encuentre el plan conveniente de acuerdo a sus necesidades personales. Aunque la prima sea un factor importante cuando esté escogiendo un plan, cerciórese también de comparar los costos compartidos, la red de proveedores, y el formulario de medicamentos. El formulario de medicamentos es una lista de medicinas recetadas y preferidas por su plan médico.

Navegadores

Los navegadores son individuos registrados y entrenados para ayudar con la preparación de las solicitudes de los consumidores para poder establecer su elegibilidad e inscripción de cobertura médica a través del Mercado. Ellos también ofrecen programas de educación sobre el Mercado, y si es necesario, pueden referir individuos a programas de asistencia al consumidor.

Créditos de Impuestos

La elegibilidad para un crédito de impuesto está basada en el ingreso de la familia y el tamaño familiar de ese año. Las personas que cualifican pueden tomar los créditos de impuesto como pagos adelantados para así reducir la prima mensual del plan. El crédito de impuesto se le aplicará cuando se inscriba en un Plan de Salud Autorizado por el Mercado y los pagos irán directamente a la compañía de seguros.

Reducción de los Costos Compartidos

Una reducción de los costos compartidos está disponible a aquellos candidatos que cumplan con los requisitos, estén recibiendo asistencia con el crédito de impuesto, estén inscritos en un plan de “Plata,” y sus ingresos estén en o por debajo de 250% del Nivel de Pobreza Federal. La

reducción de los costos compartidos puede disminuir la cantidad que el consumidor pagará de su bolsillo, como deducibles, copagos, y coaseguros.

Planes de Salud Autorizados

Los Planes de Salud Autorizados deben ser ofrecidos por una compañía de seguros con licencia y buena reputación en el estado, cubrir los 10 beneficios esenciales de salud, ofrecer al menos un plan de “Plata,” y un plan de “Oro,” y debe cobrar la misma prima, ya sea ofrecida a través o fuera del Mercado.

10 Beneficios Esenciales de Salud

Servicios de pacientes ambulatorios	Medicamentos por receta
Servicios de Emergencia	Servicios y aparatos de rehabilitación y habilitación
Hospitalización	Servicios de laboratorios
Servicios de salud mental y trastornos por el abuso de sustancias, incluyendo tratamientos del comportamiento	Servicios preventivos y de bienestar y mantenimiento de enfermedades crónicas
Servicios de maternidad y atención de al recién nacido	Servicios pediátricos

Planes de Seguros del Mercado y “Niveles Metálicos”

Nivel de Cobertura	El Promedio del Plan	Pago Promedio del Individuo*
Bronce	60 por ciento	40 por ciento
Plata	70 por ciento	30 por ciento
Oro	80 por ciento	20 por ciento
Platino	90 por ciento	10 por ciento

*aparte de la prima mensual del plan