

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act, ACA*)

tuvo un gran impacto en nuestro sistema de atención médica y en la forma en que funcionan los seguros. Se diseñó para hacer que la cobertura del seguro médico sea más justa, asequible y fácil de entender. La ACA también amplió la elegibilidad a Medicaid para incluir a más personas con ingresos más bajos y creó un mercado de seguros médicos.

El Mercado de Seguros Médicos (*Health Insurance Marketplace*) es una forma en que las personas pueden comprar, comparar e inscribirse en una cobertura de salud pública o privada. Hay asistencia financiera disponible para ayudarle a bajar el costo de la cobertura. Este sitio web está destinado principalmente a:

- + las personas que no tienen seguro a través de un trabajo o Medicare;
- + los neoyorquinos entre 18 y 65 años;
- + las pequeñas empresas de Nueva York con 100 empleados o menos. Visite nystateofhealth.ny.gov para obtener más información.

¿Qué es un seguro comercial o privado?

El seguro comercial es administrado por compañías de seguros privadas y generalmente se ofrece a través de su trabajo. Esto significa que su empleador paga una parte del costo de la compra de un seguro. Si su empleador no ofrece planes de seguro, el mercado de seguros médicos está disponible para que las personas compren un seguro comercial.

¿Qué es un seguro público?

El seguro médico público incluye programas respaldados por el gobierno, como Medicaid y Medicare. Medicaid ayuda a las personas elegibles con ingresos bajos a medianos a pagar el seguro médico. Si está embarazada y es menor de 18 años, puede solicitar Medicaid independientemente de su situación migratoria y sus ingresos. Visite www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ para obtener más información.

¿Qué son los planes de salud controlada?

Los planes de salud controlada son planes de seguro médico que tienen contratos con proveedores de atención médica y/o instalaciones médicas para brindar atención médica a un costo menor. Existen diferentes tipos de planes de salud controlada, como HMO, PPO, POS y EPO (consulte el glosario).

¿Qué son los programas de salud estudiantil?

A los estudiantes a menudo se les exige que tengan seguro médico y las universidades pueden ofrecer seguro médico a los estudiantes a través de los llamados programas de salud estudiantil (*student health programs, SHP*). Es posible que los estudiantes deban inscribirse en un SHP o demostrar que tienen otra cobertura de seguro que es al menos igual de buena ("cobertura comparable"). Tenga en cuenta que la cobertura de los SHP puede no ser suficiente si tiene afecciones médicas crónicas o toma medicamentos con regularidad.

¿Cómo puedo obtener el seguro médico de mis padres?

Si su padre o su madre tienen seguro médico a través de su trabajo, a menudo puede permanecer en su plan hasta los 26 años y, en algunos casos, hasta los 29 años, pero esto varía según el seguro. Desafortunadamente, lo máximo que se le puede permitir permanecer en el plan de Medicaid de su familia es hasta los 19 años. Si desea recibir atención médica confidencial sobre salud sexual y reproductiva, es posible que le interese solicitar la inscripción en el Programa de Beneficios de Planificación Familiar (*Family Planning Benefits Program, FPBP*) para asegurarse de que estos servicios se facturen por separado del seguro de sus padres. Consulte la página de recursos para obtener más información.

¿Qué debo considerar al elegir un plan de salud?

- + **Costos:**
 - primas mensuales: cuánto paga cada mes por el plan del seguro;
 - deducibles: el desembolso directo que realiza por la atención médica antes de que pague el seguro;
 - coseguro y copagos: sus costos de desembolso directo por visitas al consultorio (médico de atención primaria y especialista), medicamentos de venta con receta, etc.
- + **Servicios cubiertos:** considere si se cubren los servicios dentales, de salud mental y de medicamentos de venta con receta.
- + **Exclusiones del plan:** qué servicios no cubre su plan.
- + Cuántas visitas al médico cree que puede necesitar durante el año (considere si tiene alguna enfermedad crónica que pueda requerir visitas médicas frecuentes).
- + Con qué frecuencia necesita medicamentos.
- + Cobertura para sus médicos y especialistas: dentro de la red o fuera de la red (consulte el glosario).
- + Disponibilidad de una cuenta de gastos flexibles o una cuenta de ahorros para la salud ofrecidas por su empleador para ayudar a reducir los costos futuros.

¿De qué manera la discapacidad afecta el seguro médico?

Si tiene una discapacidad y no puede trabajar a causa de ella, puede permanecer en el seguro médico privado de sus padres incluso después de cumplir 26 años. Es posible que tenga que enviar documentos adicionales para completar este proceso. Consulte con su seguro para obtener más información.

Si tiene una discapacidad y está cubierto por el plan de seguro de Medicaid de sus padres, debe cambiarse a su propio plan de seguro de Medicaid a los 19 años. Para que sus padres se comuniquen con su plan de seguro, debe firmar un formulario de divulgación de información.

Vive tu vida más saludable. **NYC HEALTH+ HOSPITALS**

NYC | **YOUNG MEN'S INITIATIVE**



¡Escanee este código QR con su teléfono inteligente para acceder a este folleto en línea!



MANTÉNGASE CONECTADO. SÍGANOS.

www.nychealthandhospitals.org

Guía sobre el seguro médico para adultos jóvenes

NYC
HEALTH+
HOSPITALS



¿Qué es un seguro médico?

El seguro médico es una forma de pagar su atención médica. Lo protege de tener que pagar el costo total de los servicios médicos si se lesiona o se enferma. Cada plan de seguro médico es diferente y cubre diferentes costos médicos.

¿Por qué es importante el seguro médico?

Existen muchas razones:

- + **Lo protege** del pago total de costos médicos altos inesperados.
- + **Le permite pagar menos** por algunos servicios de atención médica que están cubiertos por su plan de seguro.
- + **Le brinda acceso a atención gratuita** para prevenir ciertas enfermedades, lo que incluye vacunas, chequeos y exámenes de detección.

Nota: Consulte con su proveedor de seguros para ver qué servicios están cubiertos en su plan. Algunos servicios pueden estar cubiertos en su totalidad, mientras que otros pueden estar cubiertos de forma parcial o no estar cubiertos en absoluto.

¿Dónde puedo obtener un seguro médico?

- + A través de su trabajo o su empleador.
- + A través de su institución educativa o universidad (Programa de salud estudiantil).
- + A través del Mercado de Seguros Médicos.
 - A través de un seguro médico comercial.
 - A través de Medicaid.
- + A través del seguro médico de sus padres o tutor.

¿Qué pasa si no tengo seguro médico?

- + Será responsable de pagar algunos de los costos de su atención médica, si no todos.
- + Es posible que deba realizar un pago si no tiene una cobertura esencial mínima o una exención de cobertura cuando presente su declaración de impuestos. Para saber si tendrá que realizar un pago o si califica para a una exención, visite la página www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-calculating-the-payment.

Recursos

Programa de Beneficios de Planificación Familiar (*Family Planning Benefits Program, FPBP*):

Programa de seguro médico público para los neoyorquinos que necesitan servicios de planificación familiar, pero que tal vez no pueden pagarlos. www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/longterm/familyplanbenprog.htm

NYC Health + Hospitals:

Centro de recursos para seguros de New York City Health + Hospitals www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/

Sitio web Youth Health:

Sitio web para adolescentes en el que se puede obtener recursos adicionales sobre atención médica. www.nycyouthhealth.org/html/index.shtml

Sitio web de Medicaid:

Sitio web oficial de Medicaid de Nueva York. www.health.ny.gov/publications/0548/medicaid.htm

Información sobre multas fiscales:

Sitio web para obtener más información sobre multas y exenciones fiscales. www.healthcare.gov/fees/fee-for-not-being-covered/nystateofhealth.ny.gov/exemptions.html

Healthcare.gov:

Sitio web que contiene una gran cantidad de información general, incluido un glosario de términos sobre atención médica. www.healthcare.gov/ www.healthcare.gov/glossary/

Información sobre la ley que permite la extensión de cobertura hasta los 29 años:

Información sobre la continuidad de la cobertura del seguro de sus padres después de los 26 años. www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/cobra_and_premium_assistance

Si no tiene seguro y/o no sabe bien cómo obtenerlo, los siguientes recursos pueden ser útiles:

Mercado de Seguros Médicos del estado de Nueva York:

Mercado de seguros médicos estatal, que facilita la compra de coberturas de salud asequibles para personas, familias y pequeñas empresas en Nueva York. nystateofhealth.ny.gov/

Health Care for All: Organización pública que brinda información sobre el acceso a atención médica, apoyo legal, organización comunitaria y educación pública. hcfany.org/

Glosario

Copago: monto fijo que paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente en el momento de su consulta. Por lo general, los planes con primas mensuales más bajas tienen copagos más altos y los planes con primas mensuales más altas suelen tener copagos más bajos.

Coseguro: cantidad que debe pagar por los servicios de atención médica, después de que se haya pagado un deducible. El coseguro a menudo se especifica como un porcentaje del costo total. Por ejemplo, puede pagar el 20 % del costo de un servicio y su compañía de seguros puede pagar el 80 %.

Cuenta de ahorros para la salud (*Health Savings Account, HSA*): similar a la cuenta de gastos flexibles, excepto que, si no usa el dinero antes de fin de año, se transfiere al año siguiente.

Cuenta de gastos flexibles (*Flexible Spending Account, FSA*): cuenta que usted abre a través de su empleador para pagar la mayoría de los gastos médicos que su seguro no cubre. Su empleador deducirá automáticamente un monto antes de impuestos (el monto variará) de su cheque de pago. Sin embargo, si usted no usa todo el dinero de la cuenta antes de fin de año, lo pierde.

Deducible: monto que debe pagar por los gastos de atención médica antes de que el seguro cubra los costos. A menudo, los planes de seguro se basan en montos deducibles anuales.

Enfermedad crónica: afección médica que se espera que dure más de 3 meses y generalmente requiere atención continua.

Exclusiones: afecciones, tratamientos y otros servicios que un plan de salud no cubre. Estos deben estar claramente detallados en la documentación que reciba sobre su plan.

Máximo/límite de desembolso directo: lo máximo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar este monto en deducibles, copagos y coseguro por el pago de atención y servicios dentro de la red, su plan de seguro paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos.

Organización de Proveedores Exclusivos (*Exclusive Provider Organization, EPO*): plan de seguro médico de salud controlada donde los servicios están cubiertos solo si utiliza médicos, especialistas u hospitales que se encuentran dentro de la red del plan (excepto en el caso de una emergencia).

Organización de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*): tipo de plan de seguro médico en el que paga menos si utiliza proveedores dentro de la red del plan. Puede utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red sin una derivación por un costo adicional.



Organización para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization, HMO*):

tipo de plan de seguro médico que generalmente limita la cobertura a la atención prestada por médicos que trabajan o tienen contrato con la HMO. Por lo general, no cubre la atención fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Una HMO puede exigirle que viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para recibir la cobertura. Las HMO a menudo brindan atención coordinada y se enfocan en la prevención y el bienestar.

Prima: monto que paga por ser miembro de un plan de salud, en general, una vez al mes.

Programa de Beneficios de Planificación Familiar (*Family Planning Benefits Program, FPBP*):

el FPBP es un programa de seguro médico público para los neoyorquinos que necesitan servicios de planificación familiar, pero que tal vez no puedan pagarlos. También tiene como objetivo aumentar el acceso a servicios confidenciales de atención de la salud sexual y reproductiva. Consulte la página de recursos para obtener más información.

Proveedores dentro de la red: médicos que tienen un contrato con su plan de seguro médico, por lo que paga menos costos de bolsillo si se hace atender por ellos.

Proveedores fuera de la red: médicos que no tienen un contrato con su plan de seguro médico, por lo que usted puede pagar más de lo habitual o ser responsable de la factura completa si se hace atender por ellos.

Punto de servicio (*Point of Service, POS*): tipo de plan de seguro médico en el que paga menos si utiliza médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Los planes POS requieren que obtenga la derivación de su médico de atención primaria para ver a un especialista.