



Lista de ayuda con la solicitud en internet de seguro médico del Mercado en Healthcare.gov

El periodo de inscripción para la cobertura del Mercado de Seguro Médico empieza el 1 de noviembre y termina el 15 de enero. El **Mercado** ofrece planes con diferentes niveles de cobertura y precio. Es importante inscribirse en el plan de seguro médico más adecuado para las necesidades de atención médica que anticipe. El Consejo Nacional de Salud (National Health Council) y la Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple crearon la primera versión de esta lista para ayudarlo a hacer las preguntas acertadas a fin de considerar a la vez su presupuesto y sus necesidades de atención médica.

Antes de comparar planes, fíjese si reúne los requisitos para obtener cobertura en el Mercado.

¿Ya tiene cobertura por medio de su empleador o un programa de seguro del gobierno? (Por ejemplo, Medicare, Medicaid, CHIP, VA o TRICARE)

Si es así, NO tiene que cambiar su actual cobertura.

Si no, es posible que pueda inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado.

Use este recurso y las **definiciones al final** para ayudarlo a organizarse antes de buscar cobertura. Esta información también puede ayudarlo a comparar planes de seguro médico cuando esté listo para escoger uno del Mercado. Puede recibir ayuda para revisar las opciones y hablar de los próximos pasos si llama a la línea gratuita de ayuda del Mercado: 800-318-2596 (TTY: 855-889-4325). Para asistencia adicional en su comunidad, visite **Encuentre ayuda local** en **CuidadodeSalud.gov**.

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA SOLICITUD

Primero, debe recopilar ciertos documentos e información:

- Número de Seguro Social de cada persona en su hogar de familia que solicita un plan del Mercado.
- Información sobre el empleador y los ingresos de cada persona en su hogar de familia que solicita un plan del Mercado. Puede ser un talón de pago o formulario W-2.
- Número de las actuales pólizas de seguro médico (de ser el caso).

PIENSE EN QUÉ ATENCIÓN MÉDICA NECESITARÁ

Esta lista lo ayudará a hacer las preguntas acertadas para seleccionar un plan que se adecúe a sus necesidades de atención de salud y presupuesto.

1. ¿Cuántas citas médicas tiene cada año? ¿Qué tipo de profesionales de salud consulta? Incluya a su médico de cabecera, especialistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

2. ¿Tiene previsto necesitar una imagen de resonancia magnética, otras pruebas de radiología o servicios de atención domiciliar el próximo año?

3. ¿Ha estado hospitalizado en el último año? Si lo estuvo, ¿cuántas veces y por cuánto tiempo?

4. ¿Tiene previsto necesitar una operación u otra intervención mayor durante el próximo año? Si es así, enumere las intervenciones que tiene previstas el próximo año.

5. ¿Toma algún medicamento recetado? Enumere todos los medicamentos que obtiene de una farmacia, que le envían o que le administran en el consultorio médico (como infusiones).

CALCULE SU ASISTENCIA FINANCIERA

Muchas personas y familias reúnen los requisitos para recibir ayuda con el costo de sus primas mensuales y algunas también con el de recibir atención médica. Puede encontrar una calculadora para ayudarlo a determinar qué ayuda puede recibir en cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/.

¿Reúne los requisitos de su estado para Medicaid? Muchos estados ampliaron la cobertura de Medicaid para incluir a todos los adultos de bajos ingresos. Se le notificará si reúne los requisitos cuando inicie el proceso de solicitud en internet o hable con su **asesor local**.

¿Reúne los requisitos para recibir un subsidio a fin de reducir el costo de su prima mensual? Es posible que pueda recibir un crédito tributario por la prima que reducirá lo que paga por su plan de seguro médico si los ingresos familiares estimados que reporta en su solicitud de cobertura son de menos de 400% del nivel federal de pobreza. En el 2020, eso era aproximadamente \$50,000 por persona o \$103,000 por familia de cuatro.

¿Reúne los requisitos para que se reduzca la porción que paga, además de ayuda con las primas mensuales? Las “reducciones de gastos compartidos” son descuentos especiales que reducen lo que paga por deducibles, copagos y coseguro. Si reúne los requisitos **y opta por inscribirse en un plan Silver**, pagará menos cada vez que reciba servicios médicos.

DETERMINE EL PLAN DE NIVEL ADECUADO

Recuerde: ¡que la prima sea más barata no siempre significa que el costo será más bajo!

En general, ¿goza de buena salud? ¿Tiene ahorros con los que podría pagar gastos médicos inesperados? Si es así, quizá un plan Bronze o Silver sea el adecuado para usted, pero recuerde que **debe** inscribirse en un plan Silver para beneficiarse de una reducción de gastos compartidos si reúne los requisitos.

¿Sus necesidades de atención médica y costos son moderados? ¿Le preocupa poder pagar gastos médicos imprevistos? Si es así, quizá un plan Silver o Gold sea el adecuado para usted, pero recuerde que **debe** inscribirse en un plan Silver para beneficiarse de una reducción de gastos compartidos si reúne los requisitos.

¿Tiene una enfermedad crónica o altos gastos de atención médica? ¿Le preocupa poder pagar gastos médicos imprevistos? Si es así, quizá un plan Gold o Platinum sea mejor para usted, pero recuerde que **debe** inscribirse en un plan Silver para beneficiarse de una reducción de gastos compartidos si reúne los requisitos.

SELECCIÓN DE UN PLAN ESPECÍFICO DEL MERCADO

Haga estas preguntas respecto a cada plan que considere para ayudarlo a escoger el plan acertado para usted del Mercado.

Beneficios cubiertos y costo

- ¿Los servicios que tiene previsto necesitar durante el próximo año están cubiertos por el plan de salud? Es posible que haya diferencias entre los servicios específicos que los planes del Mercado cubren.
- ¿Hay límites en el número de servicios que puede recibir al año? Esto puede aplicarse a tipos específicos de servicios, como terapia física u ocupacional.
- ¿Cuál es el deducible del plan? ¿Hay deducibles separados para los costos médicos y de medicamentos recetados?
- ¿Cuánto tendría que pagar por una hospitalización?

Acceso a profesionales de salud

- ¿Sus médicos y especialistas están en la red del plan?
- ¿Sus profesionales de atención especializada, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, están en la red del plan?
- ¿Su hospital preferido está en la red del plan?
- ¿Su plan exige derivaciones para consultar a un especialista o recibir otros servicios?

Cobertura para medicamentos recetados

- ¿El plan cubre sus medicamentos? Es decir, ¿están incluidos en el formulario o la lista de medicamentos que cubre el plan? Puede encontrar un enlace a la lista en el sitio [web del Mercado](#).
- ¿En qué nivel está cada uno de sus medicamentos en el formulario? ¿Cuál es el costo de los medicamentos en cada nivel? ¿Pagará usted una cantidad fija (un copago) o una parte del costo del medicamento (coseguro)?
- ¿Hay un deducible separado para los medicamentos recetados? ¿Existe un máximo de gastos propios?
- Si su profesional de salud le receta un medicamento que no está en el formulario del plan, ¿qué opciones tiene?
- ¿Qué cobertura tiene para medicamentos que se administran en entidades de salud, como una farmacia, o como servicios médicos?

TÉRMINOS IMPORTANTES SOBRE SEGURO MÉDICO

Copago: Monto específico de dinero que debe cada vez que recibe un servicio médico. Por ejemplo, quizá deba pagar un copago de \$20 cada vez que vaya a su médico de cabecera.

Coseguro: Porcentaje fijo del costo total de un artículo o servicio. Por ejemplo, quizá deba pagar un coseguro de 20% del costo total de la cita cada vez que vaya a su médico de cabecera.

Deducible: Monto fijo de dinero en gastos médicos anuales que debe pagar antes de que el plan de seguro pague cualquier porción de la atención que recibe.

Formulario: La lista de medicamentos que un plan cubre.

Nivel de formulario: Con frecuencia se cubren los medicamentos según diferentes niveles en el formulario. Cada nivel está asociado a un costo específico. Por lo general, es necesario pagar menos por los del nivel más bajo que los de niveles más altos. Es posible que el precio de los medicamentos en los niveles más altos de los planes del mercado sea muy alto.

Red: Por lo general, los planes de seguro médico tienen una lista de profesionales de salud (la red) de quienes puede recibir atención más económica. Estas redes quizá incluyan profesionales preferidos (costo más bajo) y no preferidos (costo más alto). Algunos planes no pagan ninguna porción de la atención que brindan los profesionales que no son parte de la red del plan.

RECURSOS DE AYUDA CON EL COSTO

Programas de asistencia de farmacéuticas

Cada uno de los tratamientos modificadores de la esclerosis múltiple y para el control de los síntomas tiene un programa de asistencia de farmacéuticas. Animamos a las personas que no puedan pagar los medicamentos para la esclerosis múltiple a llamar a la farmacéutica correspondiente. Obtenga una lista de contactos en nuestro sitio web (ntlms.org/PAP) o llame a un MS Navigator al 1-800-344-4867, opción 3.

Si necesita ayuda con medicamentos para el tratamiento de síntomas u otros problemas de salud, busque en estas bases de datos de asistencia a los pacientes:

- Needy Meds (needymeds.org)
- Rx Assist (rxassist.org)

Ayuda de entidades sin fines de lucro con las primas de seguro y el costo de medicamentos para la esclerosis múltiple

Hay una entidad que ayuda a las personas a pagar el costo de tratamientos modificadores de la esclerosis múltiple, además de ofrecer un programa de asistencia con los gastos médicos imprevistos y de traslado, y las primas de seguro con la esclerosis múltiple: **The Assistance Fund** – 877-245-4412

Ayuda con imágenes de resonancia magnética

La Asociación de Esclerosis Múltiple de Estados Unidos (MS Association of America o MSAA) ofrece un **Fondo de Acceso a Imágenes de Resonancia Magnética** que ayuda a personas que reúnen los requisitos con el pago de las del cerebro y la espina dorsal, pero no pueden pagar el costo del seguro. Para obtener más información, llame al 800-532-7667, anexo 120.