

Octubre 2013

La Reforma de Salud y Ud

Una Guía para el Usuario sobre
Los Mercados de Seguro Médico



Escrito y distribuido por expertos profesionales de la salud afiliados con:

PAF Patient Advocate
Foundation
Solving Insurance and Healthcare Access Problems | since 1996
www.patientadvocate.org

insureUStoday
www.insureustoday.org

NPAF National Patient
Advocate Foundation
The Patient's Voice | since 1996
www.npaf.org

Cómo utilizar esta Guía

Comenzando el primero de October 2013, los consumidores tendrán acceso a una variedad de productos de seguro médico, y la cobertura se hará efectiva lo mas temprano el primero de Enero 2014. Estos productos estarán disponibles mediante intercambios en cada estado, también conocido como “mercados de seguro medico”, y los planes tendrán en cuenta de su presupuesto y necesidades de cuidado de salud.

El intento de esta guía es ayudarle a entender mejor sobre los Mercados de Seguro Médico en su estado para que Ud. pueda escoger la cobertura más adecuada para Ud. Y su familia.

Dentro de esta publicación Ud. encontrará:

- Una introducción sobre el concepto de seguro medico
- Una explicación sobre los Mercados de Seguro Médico
- Información sobre el seguro de salud y opciones de póliza
- Opciones de accesibilidad financiera para Ud. Y su familia por medio del Mercado
- Información sobre cómo inscribirse en la cobertura

Esta guía también ofrece una lista de los recursos estatales donde Ud. puede encontrar las respuestas a sus preguntas sobre los mercados individuales y de pequeños negocios en el estado en que vive.

Aún más asistencia está disponible por medio de la Fundación Defensora del Paciente y InsureUS today al llamar al (866) 207-8023 o al www.insureustoday.org.

Tabla de Contenido

Prólogo 1

Una introducción al Seguro Médico (Seguro de Salud) 3

- ¿Qué es seguro medico?
- ¿Por qué necesito seguro médico?
- ¿Dónde obtengo seguro médico?

Entendiendo los Mercados de Seguro Médico 5

- ¿Qué son los Mercados de Seguro Médico?
- ¿Estos planes cubrirán lo que necesito?
- ¿Cómo determino cuál plan me conviene mejor?
- ¿Qué pasa si no puedo todavía decidir cuál me conviene mejor?
- ¿Cómo y cuándo me inscribo?
- ¿Y si necesito ayuda con el proceso de inscripción?
- ¿Quiénes administran estos mercados y debe importar?
- ¿Cuál es la diferencia entre un plan ofrecido por el Mercado y otros planes comerciales?
- ¿Puedo retener mi doctor actual?
- ¿Puedo obtener cobertura dental?
- ¿Y sobre la cobertura ocular?
- ¿Qué necesito para iniciar una solicitud de inscripción?
- ¿Por medio del Mercado estoy realmente comprando seguro del gobierno?

Seguro Viable y Cobertura Adecuada 11

- ¿Cómo me ayudarán a ahorrar dinero los mercados de seguro médico?
- ¿Qué pasa si todavía no puedo pagar la cobertura?
- ¿Qué pasa si necesito un servicio no cubierto por el plan?
- ¿Qué hago si estoy desempleado?
- ¿Cuáles son los planes catastróficos? ¿Calificaré?

Tabla de Contenido

Situaciones Especiales 14

¿Cuáles son las situaciones especiales que permiten a uno inscribirse fuera de los períodos de inscripción?

¿Qué hago si se me pasa el período de inscripción?

¿Qué pasa si me mudo a otro estado?

¿Y si tengo una condición o enfermedad pre-existente?

¿Puedo agregarle un familiar a mi póliza después de inscribirme?

¿Cuáles son mis opciones si no soy ciudadano o residente legal?

¿Hay un límite de edad para inscribirse en los mercados?

¿Qué pasa si actualmente tengo seguro de COBRA?

¿Pueden tener acceso al mercado los que viven en otros territorios de los EEUU?

Trabajo por mi propia cuenta. ¿Puedo inscribirme en el mercado?

Estoy actualmente inscrito en un plan de mi empleador, pero no está cumpliendo con las necesidades (o presupuesto) de mi familia. ¿Puedo inscribirme en un plan del mercado y no optar por el plan ofrecido por mi empleador?

¿Qué no se considera cobertura mínima?

¿Qué pasa si opto por no comprar seguro?

¿Cuáles son los recursos para los hispano hablantes?

Los Pequeños Negocios y el Mercado 19

¿Qué es el Programa de Opciones de Salud para Negocios Pequeños (SHOP)?

Sitios de Web sobre los Mercados de Salud Estatales 20

Si Ud. necesita pedir una mano de ayuda 23

Prólogo

En 2010, el presidente Obama promulgó la Ley de Asistencia Asequible (ACA), la cual fue aprobada después de meses de debate en el Congreso de los EE.UU. y en todo el país. Esta ley introdujo una reforma radical del sistema de atención de salud de EE.UU., y el aumento de la cobertura, mientras que la aplicación de medidas de control de costos para los consumidores.

Los aspectos principales de la ley son:

- No más negaciones de cobertura para niños con condiciones pre-existentes (Para adultos en 2014)
- No se permiten límites anuales o de por vida para ciertos beneficios de seguro de salud
- Las compañías de seguro no pueden cancelar su cobertura debido a errores en su solicitud de seguro médico
- No más negaciones de cobertura sin el derecho de apelar
- Se requiere que el 80 por ciento de las primas pagadas por los afiliados a las compañías de seguro deben gastarse para cuidado del paciente y esfuerzos para mejorar la calidad de este cuidado
- Las reducciones por gasto compartido para los afiliados para recetas médicas de paciente externo en la Parte D de Medicare “Donut Hole”
- Una contribución federal correspondiente para los estados que opten por aumentar su cobertura de Medicaid para los adultos sin hijos con ingresos hasta el 133 por ciento del Nivel de Pobreza Federal
- La Cobertura para adultos jóvenes en los planes de sus padres hasta la edad de 26 años
- Los incentivos para los médicos a adoptar registros médicos electrónicos y capturar y reportar ciertas medidas de calidad
- El acceso a ciertos servicios de atención preventiva, como exámenes y chequeos anuales sin ninguna obligación de costo compartido para afiliados menores de sus planes de salud
- Las disposiciones para detectar despilfarro, fraude y abuso en el sistema, mejorar la coordinación de cuidado, monitorear grandes aumentos de las primas por las aseguradoras, e incentivar la innovación
- Los créditos fiscales de seguro para personas con ingresos entre 100 a 400 por ciento del nivel federal de pobreza para ayudar a pagar las primas de cuidado de salud (a partir de 2014)
- Los créditos fiscales para ayudarles a los negocios pequeños a pagar la cobertura para sus empleados

- Las sanciones o multas a las personas por no obtener y mantener la cobertura de seguro de salud (2014)
- Los mercados de seguros de salud, también conocidos como intercambios (operativos en 2014)

Mientras que los resultados de muchas de estas disposiciones aún no se han visto, la ACA ha tomado importantes medidas que aumentan el acceso del paciente a la atención y el control de la carga de los costos para los pacientes. Esta publicación informativa proporciona información sobre uno de los más importantes esfuerzos de la ley: los mercados de seguros de salud, que será abierta para la inscripción el 1 de octubre de 2013, con una cobertura de seguro a partir del 1 enero de 2014. Este documento tiene la intención de introducir a los consumidores potenciales con el concepto de seguro de salud en general, los mercados de seguros de salud, cómo navegar por estos mercados, las oportunidades disponibles para el apoyo, y en última instancia, la forma de llegar a la cobertura adecuada para ellos.

Una introducción al Seguro Médico

¿Qué es Seguro Médico (Seguro de Salud)?

En algún momento de la vida, todo el mundo es un paciente. Todos nos ponemos enfermos y últimamente necesitaremos la asistencia del sistema de atención de salud. Esto puede ser en forma de una visita al médico, una visita al hospital, o una situación de emergencia. Sin embargo, la atención médica es muy cara, especialmente para la gente a la que se obliga pagar la cantidad entera de su propio bolsillo. Ésta es la razón de la existencia de seguro de salud. El seguro de salud es un servicio en el que usted y/o un empleador en su nombre paga una suma mensual, conocido como una prima, a una organización a cambio de una promesa de la cobertura parcial de los costos de sus servicios médicos. Las compañías de seguros ofrecen diferentes planes que cuestan cantidades diferentes y en cambio pagan por diferentes servicios. Cuando usted se enferma o necesita atención médica, la organización pagará una parte de los servicios los que se haya indicado que serán cubiertos por el plan seleccionado.

¿Porqué necesito Seguro Médico?

Cada ciudadano debe tener seguro medico. Hay muchas razones para esto.

5 razones

- 1** Si usted se enferma le ayudará a pagar por los servicios médicos que pueda necesitar para estar saludable.
- 2** Los pagos de las compañías de seguros para gastos médicos le asegurará a Ud. de que no vaya a la quiebra si se enferma o lastima.
- 3** Si usted tiene cobertura será más probable que busque atención preventiva, mantenerse saludable y prevenir hospitalizaciones evitables.
- 4** Los gastos médicos para los que no tienen seguro médico se pagan por el resto de la sociedad. Cuando hay más personas con cobertura debe dar lugar a la disminución de los costos para la sociedad en general.
- 5** A partir de 2014, la Ley de Asistencia Asequible requiere que la mayoría de las personas obtenga y mantenga una cobertura de seguro de salud o pagar una multa anual por no mantener la cobertura.

¿Dónde obtengo seguro médico?

El seguro de salud se puede adquirir de muchas maneras. Si usted tiene 65 años o más, o se considera que tiene una discapacidad, usted puede ser elegible para un programa de seguro del gobierno federal que se llama Medicare. Los detalles sobre este programa se pueden encontrar en www.medicare.gov

Si usted es una persona de bajos ingresos puede ser elegible para un programa de seguro gubernamental que se llama Medicaid. Los detalles sobre este programa se pueden encontrar en www.medicaid.gov.

Algunos pueden recibir cobertura debido al servicio militar, TRICARE o beneficios para veteranos. Muchos reciben seguro de salud a través de su empleador, que a menudo requiere que el individuo pague una parte o la total de la prima mensual a través de retenciones de sueldo. Aún más todavía comprarán un seguro médico directamente de una compañía de seguros de salud que está activa en su estado

En 2014, un nuevo método de obtener seguro médico estará disponible que se llamará:

Mercados de Seguro Médico

Entendiendo los Mercados de Seguro Médico

¿Qué son los Mercados de Seguro Médico?

El mercado de seguros de salud, también conocido como seguro de salud “Intercambio”, es un sitio web que funciona como un mercado virtual para el seguro en que los consumidores pueden comparar y contrastar ciertos planes de seguro médico ofrecidos en su estado. Estos mercados virtuales son comparables a los sitios web de los consumidores utilizan actualmente para buscar vuelos de las aerolíneas, como Orbitz o Travelocity, en el que un individuo puede comparar y contrastar las diferentes opciones a diferentes costos. Sin embargo, en lugar de vuelos de las aerolíneas, los productos ofrecidos serán los productos de seguros de salud llamados “planes de salud calificados”, o QHPs. Estos QHPs se han considerado calificados para ser publicado en la página web de cada estado, ya que cumplen con los requisitos básicos para la cobertura indicados en la Ley de Asistencia Asequible. La cobertura de estos planes de seguro será presentado en un lenguaje sencillo, para que los consumidores puedan entender la diferencia entre los planes con respecto a los costos, la calidad y los beneficios cubiertos.

¿Estos planes cubrirán lo que necesito?

Los Planes de seguro médico dentro de estos mercados deben ofrecer un nivel mínimo de cobertura. Este nivel mínimo de cobertura consiste en beneficios, denominado los “beneficios de salud esenciales,” que incluyen los servicios en los siguientes diez categorías de cobertura:

- Servicios Ambulatorios de pacientes
- Servicios de Emergencia
- Hospitalización
- Maternidad y atención del recién nacido
- Servicios de salud mental, servicios de abuso de sustancias incluyendo el tratamiento psiquiátrico
- Medicamentos recetados
- Servicios de rehabilitación, rehabilitación y equipos médicos
- Servicios de laboratorio
- Servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades
- Servicios pediátricos, incluyendo cuidado dental y ocular

Exigir la cobertura en estas diez categorías asegura que muchos servicios importantes para su cuidado están cubiertos. Para determinar la cantidad que se cubre en cada una de estas categorías, los planes de un Estado debe ofrecer una cantidad de cobertura igual a un plan anteriormente aprobado en el estado conocido como el plan de referencia. Los servicios específicos que se ofrecen en estas diez categorías varían de un plan a otro para ofrecer flexibilidad y diversidad que se conforme a las necesidades de diferentes personas.

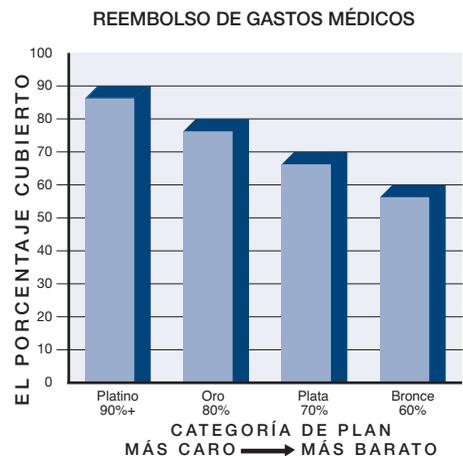
¿Cómo determino cuál plan me conviene mejor?

La selección del plan de seguro médico adecuado es una tarea importante que requiere un poco de preparación por parte del consumidor.

- En primer lugar, será importante evaluar su historia de salud familiar y los problemas de salud potenciales que usted pueda necesitar manejar. Esto le ayudará a determinar de cuales servicios serán importantes que se los cubran
- En segundo lugar, será importante tener en cuenta sus finanzas personales y establecer un presupuesto para los gastos relacionados con el cuidado de la salud. Determine cuánto Ud. está dispuesto a pagar cada mes, teniendo en cuenta de los descuentos posibles o asistencia financiera (más sobre esto más adelante, consulte la página 7). Tenga en cuenta también los copagos posibles, deducibles y el coaseguro que pueda incurrir al visitar médicos, hospitales y otros centros médicos.
- Finalmente, revise los planes en el sitio web del mercado de salud. Evalúe cada plan en contra de lo que ha determinado son los servicios médicos importantes que se cubrirán, y su presupuesto. Tenga en cuenta las restricciones especiales de la cobertura y las exclusiones que un plan pueda tener y si pueden limitar o interferir con la atención médica de Ud. o de su familia. Averigüe de las calificaciones profesionales y de consumidores de las compañías de seguro que ofrecen los mejores planes para conseguir una mejor entendimiento de la calidad de estas compañías. También pregunte si estos planes cubren servicios de los proveedores más cerca de usted, y cuántos.



Todos los productos de seguro ofrecidos en un mercado se pueden clasificar en cuatro “niveles” indicados por los metales ‘bronce’, ‘plata’, ‘oro’, y ‘platino’. Aunque el plan de bronce será el más barato en términos del pago mensual o ‘prima’ requerido por el consumidor, sólo cubrirá el 60 por ciento de los gastos médicos hasta una cantidad máxima de desembolso establecido. El plan plata cubrirá el 70 por ciento de las facturas médicas, el oro cubrirá el 80 por ciento de los gastos médicos, y el platino cubrirá el 90 por ciento o más de los gastos médicos hasta una cantidad máxima de desembolso establecido, con un aumento de las primas mensuales para el paciente según aumente la cobertura. Después de llegar al máximo establecido de fuera de bolsillo, su plan pagará el 100 por ciento de toda la atención médica cubierta.



Por saber cuánto pueden gastar cada mes en el seguro, los consumidores pueden entonces comparar las diferentes opciones de cobertura del plan dentro de la categoría de metal que sea adecuado para su presupuesto. Adicionalmente, los consumidores con ingresos anuales más bajos, hasta el 250% por ciento del Nivel de Pobreza Federal, puedan calificar para asistencia por costo compartido.

¿Qué pasa si no puedo todavía decidir cuál me conviene mejor?

Reconociendo que la selección de un plan de seguro de salud puede ser abrumador, la Ley de Asistencia Asequible exigió la creación del “programa navegador”, en la que los individuos u organizaciones (Navegantes) están capacitados para ayudarle a buscar el plan de salud que mejor le conviene a usted. Estos navegadores le informarán de las opciones de cobertura (mas no seleccionar uno para usted), ayudan a facilitar la inscripción en un plan, y ayudan a entender sus derechos y responsabilidades. También ayudarán a solucionar problemas, destacar las oportunidades de ayuda financiera, asegurar de que Ud. se ponga en contacto con alguien que pueda satisfacer sus necesidades culturales y lingüísticas, y le ayudará a dirigir a la oficina correspondiente para expresar una queja.

Los navegadores están destinados a ser totalmente imparciales. Estos especialistas no se asocian con ninguna compañía de seguros o plan y no puede recibir pagos por recomendar un plan sobre otro. Existen los navegadores como defensores para que Ud. tome la decisión adecuada.

¿Cómo y cuándo me inscribo?

Habrà un período de tiempo cada año, denominado el “período anual de inscripción abierta” en la que puede inscribirse en un plan de salud por primera vez o cambiar su plan a través del mercado. En octubre de 2013, los consumidores podrán ver información sobre los diferentes planes disponibles a través del mercado en su estado. El período de inscripción abierta inicial tendrá una duración desde el comienzo del mes de octubre 2013 hasta marzo de 2014. A partir del otoño de 2014 y para todos los años posteriores, la matrícula abierta durará del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

VER PLANES	PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA INICIAL	PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN FUTUROS
OCTUBRE 2013	1 DE OCTUBRE 2013 – 31 DE MARZO 2014	15 DE OCTUBRE – 7 DE DICIEMBRE

*Principio otoño 2014

La inscripción se puede realizar a través de una sola aplicación optimizada que determinará la elegibilidad no sólo para los mercados, pero también para los programas de seguro nacionales, la asistencia financiera para el gasto compartido y un crédito de impuesto para las primas también. Toda esta información estará disponible en el sitio web del mercado de su estado. Además de ser capaz de acceder esta información y solicitar directamente a través de la página web del mercado, también hay una línea gratuita nacional sin cargo disponible para la inscripción y sus preguntas al (800) 318-2596.

¿Y si necesito ayuda con el proceso de inscripción?

Si usted necesita ayuda con el proceso de solicitar, puede aprovechar de un Navegador como arriba mencionado. Adicionalmente, los mercados van a tener “consejeros de aplicaciones certificadas” que le pueden proporcionar ayuda directa en línea, por teléfono o en persona. Estos consejeros estarán capacitados para ayudarle en su proceso de solicitud y mantendrán la confidencialidad.

¿Quiénes administran estos mercados y debe importar?

La Ley de Asistencia Asequible ofreció a cada estado la opción de crear un mercado en sí, o permitir que el Gobierno Federal establezca un mercado en el estado, o colaborar con el Gobierno Federal (intercambio colaborativo). Para 2014, 16 estados y el Distrito de Columbia piensan efectuar los intercambios de base estatal, 8 estados planean ejecutar un intercambio colaborativo, y los restantes 26 estados permitirán que el gobierno federal ejecute su intercambio. Cada mercado tendrá una gran variedad de opciones de seguros disponibles, independientemente de cómo se vaya a administrar.

¿Cuál es la diferencia entre un plan ofrecido por el Mercado y otros planes comerciales?

A partir de 2014, no importa lo que usted compra su seguro de salud - a través del mercado en su estado o directamente de una compañía de seguros - todos los planes vendidos en los mercados individuales y de grupos pequeños deben ofrecer los derechos de los consumidores y la protección previstos en la ley de salud. Además, todos los planes que se venden en los mercados individuales y de grupos pequeños (con excepción de ciertos planes de derechos adquiridos) no pueden cargar o negar a cubrirlo si usted tiene una condición pre-existente, y deben cubrir los beneficios esenciales de salud (ver página 5).

Sin embargo, la única manera que puede recibir ayuda federal, tales como créditos fiscales o subsidios para conseguir una reducción de los costos de su prima en base al ingreso es mediante la compra de su seguro a través del mercado. Los Créditos Fiscales por Primas de Seguro (PITC) están disponibles para personas entre 100 a 400 por ciento del nivel federal de pobreza. PITC se basa en sus ingresos y tamaño del hogar. Su elegibilidad para asistencia de los Créditos Fiscales por Primas de Seguro se determina durante el proceso de inscripción en el mercado.

¿Puedo retener mi doctor actual?

La mayoría de los proveedores de seguros de salud tienen una red que incluye a hospitales, médicos, especialistas, farmacias y otros proveedores de atención médica que tienen una obligación a proporcionar servicios a los pacientes afiliados con sus planes. Usted tendrá que investigar la red que está resumido dentro de las opciones del plan durante el proceso de selección para asegurarse de que usted elige un plan que cubra su médico actual.

Al comparar los planes en el mercado, usted tendrá la oportunidad de ver una lista de proveedores de la red de cada plan. También puede pedir la ayuda de un Navegante o Consejero de solicitud certificados. Para asegurar de que su doctor se cubre dentro de la red particular para el plan que se está considerando. Si quedarse con sus médicos actuales es importante para usted, compruebe si se incluyen antes de elegir un plan.

¿Puedo obtener cobertura dental?

En el mercado de seguro de salud, por lo general, puede obtener cobertura dental como parte de un plan de salud o por sí mismo a través de un plan dental separada e independiente.

La cobertura dental está disponibles de dos maneras:

- Los planes de salud que incluyen la cobertura dental. En el mercado, la cobertura dental se incluye en algunos de los planes de salud disponibles. Usted será capaz de ver que los planes incluyen cobertura dental cuando se les compara. También podrá ver una explicación de los beneficios dentales específicos dentro de cada plan. Si un plan de salud incluye cobertura dental, usted tendrá que pagar una prima para todo. La prima se muestra para el plan incluye cobertura médica y dental.
- Planes dentales independientes y autónomos. En algunos casos se les ofrecerá planes separados e independientes. Es posible que desee elegir esta opción si la cobertura de salud en que planea inscribirse no incluye cobertura dental o si desea cobertura dental alternativa. Si usted elige un plan dental independiente, tendrá que pagar una prima aparte, adicional para el plan dental.

En virtud de la ley de salud, el seguro dental se trata diferentemente para los adultos y niños de 18 años o menos. La cobertura dental para los niños es un beneficio para la salud esencial, y por lo tanto debe estar disponible en cualquiera de los planes independientes o incluido dentro de los planes.

Sin embargo, la cobertura dental no se considera un beneficio de salud esencial para los adultos, y por lo tanto es un beneficio opcional que los adultos pueden elegir si lo desean. Las compañías de seguro no tienen que ofrecer cobertura dental para adultos, sin embargo, es probable que Ud. vea los planes en su mercado que sí ofrecen planes dentales para adultos, ya sea incluidos o como pólizas independientes. Si por si acaso se incluyan beneficios dentales aparecerán en el resumen de cobertura para cada plan.

¿Y sobre la cobertura ocular?

En este momento, los planes apartados de cobertura ocular serán disponibles en el mercado a discreción de la empresa que ofrece cobertura de seguro. Si usted está buscando una cobertura adicional relacionada con su salud ocular (comúnmente incluyendo exámenes de la vista, contactos, lentes, etc), le animamos a mirar específicamente en el mercado dentro de su estado para averiguar lo que está disponible, o pregunte a su proveedor actual de cuidado ocular para obtener información sobre las redes de visión en su área. Al igual que con la cobertura dental, la Ley de Asistencia Asequible trata la cobertura de la vista de manera diferente a los adultos y niños de 18 años o menos. Cobertura de la visión de los niños es un beneficio para la salud esencial, por lo que debe estar disponible en cualquiera de los planes independientes o incluido dentro de los planes que cubren los niños.

¿Qué necesito para iniciar una solicitud de inscripción?

Los consumidores pueden investigar y revisar los detalles de los planes disponibles en la página web de su mercado a partir de octubre 2013, antes de comprometer a inscribirse. Cuando esté listo para iniciar una solicitud de inscripción deberá reunir los siguientes materiales con el fin de responder con precisión a las preguntas a lo largo del proceso.

Información requerida que se requiere para finalizar una aplicación de mercado:



- Números de Seguro Social (SSN) para las personas que buscan seguro.
- Si Ud. Está empleado necesitará toda información de contacto del empleador e información de sueldos. Usted también tendrá que incluir la documentación de ingresos de fuentes adicionales, si existen.
- Información sobre cualquier seguro de salud actual que pueda tener.
- Información acerca de sus hijos u otros familiares que se cubrirán.

Después de completar la solicitud de inscripción, usted recibirá información acerca de su elegibilidad para los créditos fiscales y subsidios, y puede trabajar con un Navegador o consejero de solicitud certificado para encontrar un plan de seguro que es adecuado para usted.

¿Por medio del Mercado estoy realmente comprando seguro del gobierno?

Cada plan de seguro de salud adquirido a través de un mercado se le ofrece por una compañía privada de seguro - no el gobierno. Las primas para un plan adquirido a través del mercado se pagarán directamente a la aseguradora privada que emite el plan. Si Ud. Es elegible el gobierno federal puede proporcionar asistencia financiera para pagar estas primas, en forma de créditos fiscales por Primas de Seguro para las personas que califican con respecto a los ingresos y tamaño de su hogar.

Seguro Viable y Cobertura Adecuada

¿Cómo me ayudarán a ahorrar dinero los mercados de seguro médico?

El concepto de los mercados de seguros médico es que la presentación de la cobertura de cada plan de seguro de salud a través de un resumen fácil de entender de los costos y beneficios en un lugar centralizado permitirá la comparación por parte de los consumidores. Esta comparación simplificada fomentará una mayor competencia entre las compañías de seguros, lo que resulta en mayores beneficios y menores costos para atraer los consumidores a sus planes. Es decir, las compañías de seguros de salud estarán compitiendo por Ud.



¿Qué pasa si todavía no puedo pagar la cobertura?

Los Navegantes podrán informarle de cualquier tipo de asistencia financiera disponible para ayudar a reducir sus costos médicos. Un ejemplo de este tipo de asistencia financiera serán los Créditos Fiscales por Prima de Seguro (PITC en inglés), disponibles para las personas entre 100 a 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Además la asistencia de costo compartido puede estar disponible para individuos con ingresos anuales al nivel o bajo el 250 por ciento del nivel federal de pobreza.

Su elegibilidad para asistencia financiera se determinará en el momento de llenar su solicitud durante la inscripción y se basa en los ingresos y el tamaño de su familia. Una vez que complete su solicitud, usted debe estar informado acerca de la cantidad de asistencia que podrá recibir de inmediato.

Mientras que el PITC técnicamente es un crédito fiscal, a diferencia de otros créditos fiscales Ud. no tiene que esperar hasta que presente su declaración de impuestos para recibirlo. El PITC se proporciona como un pago anticipado al inicio de su cobertura y se envía directamente a su plan de seguro para ayudar a reducir su prima mensual.

¿Qué pasa si necesito un servicio no cubierto por el plan?

Si su plan de salud no puede cubrir todo lo que usted necesita, usted tiene varias opciones. Usted puede pagar por los servicios que no están cubiertos fuera de su bolsillo, puede comprar un seguro de salud suplementario a través del mercado comercial para cubrir las lagunas en la cobertura de su plan de salud, o usted puede apelar la decisión de no cubrir un servicio. Instrucciones de apelación específicas varían según el estado y la información se puede encontrar en el sitio web del mercado de su estado. Los navegantes también deben ser capaces de ayudarle con las apelaciones.

¿Qué hago si estoy desempleado?

Usted todavía puede inscribirse en un plan de salud calificado a través de un mercado. Además, también puede calificar para Medicaid, el programa de seguro médico para niños, el Crédito Fiscal por Prima de Seguro y / o menor participación en los costos relacionados con un plan de salud calificado adquirido a través de un mercado basado en su ingreso y tamaño del hogar. Su elegibilidad para estos programas se determinará durante el proceso de inscripción.

Cuando usted solicita la cobertura del mercado se le informe de su ingreso bruto ajustado modificado de su más reciente declaración de impuestos y estimar sus ingresos para el 2014. Sobre la base de los ingresos y el tamaño del hogar, los desempleados o de bajos ingresos pueden calificar para cualquiera de los siguientes:

- **Medicaid.** Medicaid proporciona cobertura a millones de niños, mujeres embarazadas, padres de niños elegibles para Medicaid que cumplan con ciertos requisitos de ingresos, y las personas mayores de bajos ingresos. Los requisitos de elegibilidad de Medicaid de cada estado son diferentes. Muchos estados están ampliando Medicaid en 2014 para cubrir los adultos sin hijos con ingresos de hasta el 133 por ciento del nivel federal de pobreza. Usted puede solicitar Medicaid en su estado actual para ver si usted es elegible. O usted puede llenar una solicitud de mercado tan pronto como 01 de octubre 2013 para averiguar si usted califica para Medicaid en su estado en 2014.
- **Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP en inglés).** CHIP proporciona cobertura para los niños, en algunos estados las mujeres embarazadas, para las familias con ingresos demasiado altos para Medicaid pero demasiado bajos para pagar un seguro privado. Usted puede solicitar beneficios de CHIP en su estado ahora mismo para saber si es elegible. Puede a la vez llenar una solicitud de mercado tan pronto como 01 de octubre 2013 para averiguar si es elegible en el 2014.
- **Costos más Bajos para el Seguro del Mercado.** Usted puede calificar para ayuda financiera con las primas de QHP en la forma de los Créditos Fiscales por Primas de Seguro (PITC), a disposición de las personas entre 100 a 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Además el costo compartido reducido - asociado con la cobertura obtenida a través de un mercado - puede estar disponible para individuos con ingresos anuales iguales o inferiores a 250 por ciento del nivel federal de pobreza.



¿Cuáles son los planes catastróficos? ¿Calificaré?

Los planes catastróficos son los planes de salud calificados (QHPs) que se venden a través del mercado que son semejantes a los planes de salud con deducibles altos. Los planes catastróficos no cubren ningún beneficio más de tres visitas de atención primaria por cada año antes de cumplir con el deducible del plan. La cantidad de prima que usted paga cada mes para el cuidado de la salud es generalmente menor que la de otros QHPs, pero los costos iniciales fuera de bolsillo son generalmente más altos. Para calificar para un plan catastrófico, debe ser menor de 30 años de edad u obtener una “excepción por apuro” debido a que el mercado determina que usted tiene con qué pagar otra cobertura de salud.

Si se inscribe en un plan catastrófico, usted no será elegible para Créditos Fiscales por Primas de Seguro o asistencia de costo compartido, independientemente de su ingreso familiar.

Situaciones Especiales

¿Cuáles son las situaciones especiales que permiten a uno inscribirse fuera de los períodos de inscripción?

La mayoría de la gente tendrá que completar el proceso de inscripción durante los períodos de inscripción anual cada otoño.

Sin embargo, en ciertas circunstancias, puede ser elegible para inscribirse en otras ocasiones durante el año. Las situaciones que permiten a los consumidores a ser elegible para la inscripción especial son:

- Inmediatamente después de un matrimonio, nacimiento o adopción
- Cuando usted gana la ciudadanía o estatus migratorio de calificación
- Si pierde la cobertura mínima esencial, como por la pérdida de la cobertura subsidiada por el empleador
- Si usted gana o pierde el derecho a los créditos fiscales por primas de seguro o asistencia con el costo compartido
- Si traslada su residencia permanente a un nuevo estado
- Los consumidores que actualmente están inscritos en la cobertura no calificada de su empleador
- Los consumidores que son reconocidos como un miembro de una tribu reconocida federalmente, como indios americanos o nativos de Tribus de Alaska
- Si su inscripción / no inscripción en un QHP es el resultado de un error o falta de acción por el mercado
- Si demuestra que el QHP en el que está inscrito violó su contrato con usted
- Si su póliza de seguro se retira del mercado por no adherirse a las normas legales
- Las circunstancias excepcionales, de acuerdo con las directrices publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y aceptada por el mercado

Nota: La inscripción abierta inicial termina el 31 de marzo de 2014. Fuera de la inscripción abierta, no podrá inscribirse en la cobertura del mercado a menos que una de estas situaciones se le aplique a Ud. y debe buscar otra cobertura o pagar la multa. Para calificar a base de cualquiera de estos escenarios, debe disponer de documentación que confirma el hecho de que usted cumple con los requisitos arriba mencionados para la inscripción especial.

¿Qué hago si se me pasa el período de inscripción?

El período inicial de inscripción es del 1 de octubre 2013 hasta marzo de 2014. Después de esto, los períodos de inscripción ocurrirán cada otoño. Si se le pasa el período de inscripción inicial y no puede inscribirse debido a una de las excepciones mencionadas anteriormente, usted tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción en el otoño.

No habrá reinscripción automática en el plan cada año. Por lo tanto, usted tiene que ser consciente de cuándo ocurre el período de inscripción y asegurarse de renovar su cobertura cada año. Si se le pasa el período de inscripción abierta tendrá que cubrirse mediante la compra de un seguro comercial o pagar la multa por no estar cubierto.

¿Qué pasa si me mudo a otro estado?

Si se muda a otro estado permanentemente tendrá que cambiar de seguro para un plan en su nuevo estado. Mudarse a un nuevo estado es una de las excepciones de inscripción mencionados anteriormente, por lo que no tendrá que esperar para el nuevo período de inscripción abierta, y puede inscribirse en un plan en su nuevo estado de inmediato. Su estado puede ofrecer un plazo de gracia hasta que sea capaz de conseguir nueva cobertura de seguro, durante el cual su seguro anterior le seguirá cubriendo. Sin embargo, es importante recordar que usted pueda estar buscando la cobertura fuera de la red durante este tiempo.

¿Y si tengo una condición o enfermedad pre-existente?

A partir de 2014, los planes de seguro de salud no pueden negar a cubrirlo o cobrarle más sólo porque usted tiene una condición de salud preexistente. Además, un plan no puede imponer períodos de espera antes de cubrir el tratamiento para una condición pre-existente. Esto es cierto incluso si usted ha sido rechazado o negado cobertura debido a una condición pre-existente en el pasado.

Hay una excepción para los planes de salud de derechos adquiridos que se venden en el mercado individual. Si usted tiene uno de estos planes se puede cambiar a una QHP vendido a través de un mercado durante la inscripción abierta y obtener cobertura para su condición pre-existente.

¿Puedo agregarle un familiar a mi póliza después de inscribirme?

No hay pólizas familiares que se venden a través del mercado. Todo el mundo va a recibir cobertura de seguro como un individuo y tendrá su propia póliza. La única excepción es para los cuidados del recién nacido, que será cubierta temporalmente por la póliza de la madre durante un plazo de gracia.

¿Cuáles son mis opciones si no soy ciudadano o residente legal?

Ud. es elegible para participar en el Mercado, así como recibir la asistencia de Créditos Fiscales por Primas de Seguro.

¿Hay un límite de edad para inscribirse en los mercados?

No. Estarán disponibles los productos de seguro en el Mercado para personas de todas las edades.

Sin embargo, si usted es mayor de 65 años y ya está inscrito en un plan de Medicare o es elegible para Medicare, no hay necesidad de que usted utilice el mercado para sus necesidades de seguro. Más bien, usted puede solicitar e inscribirse en Medicare. Los mercados son útiles para las personas mayores que no son elegibles para Medicare y están buscando cobertura de seguro (por ejemplo, los adultos mayores que no han trabajado durante al menos 10 años en el empleo cubierto por Medicare no son elegibles para Medicare).

¿Qué pasa si actualmente tengo seguro de COBRA?

Si Ud. actualmente tiene, o es elegible para la cobertura de salud de continuación COBRA, puede optar por mantenerla si prefiere. A partir de octubre de 2013, tendrá la opción de cambiar a un plan de salud en el mercado para que la cobertura comience el 1 de enero de 2014.

Si pierde su cobertura de COBRA, usted tendrá derecho a un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en un plan a través de un mercado fuera del período de inscripción abierta. Esto es cierto si la cobertura se acaba o si opta por acabarla.

¿Pueden tener acceso al mercado los que viven en otros territorios de los EEUU?

Los mercados sólo están disponibles para los residentes de los cincuenta estados y el Distrito de Columbia. Si usted vive en alguno de los territorios de Estados Unidos, incluyendo las Islas Vírgenes, Guam, Puerto Rico, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte, no es elegible para utilizar el mercado para solicitar seguro médico. Consulte con las oficinas de gobierno de su territorio para aprender sobre las opciones de cobertura de salud disponibles para usted.

Trabajo por mi propia cuenta. ¿Puedo inscribirme en el mercado?

Sí, si usted trabaja por cuenta propia y no tiene empleados, usted puede comprar un seguro a través del mercado.

Estoy actualmente inscrito en un plan de mi empleador, pero no está cumpliendo con las necesidades (o presupuesto) de mi familia. ¿Puedo inscribirme en un plan del mercado y no optar por el plan ofrecido por mi empleador?

Sí, Ud. puede comprar un seguro de salud a través de un mercado en lugar de a través de su empleador. Sin embargo, ya no recibirá las contribuciones del empleador para sus primas de seguro y no será elegible para el Crédito Fiscal por Prima de Seguro o para asistencia con sus obligaciones del costo compartido, independientemente de

sus ingresos y / o el tamaño de su casa, si el seguro de salud ofrecido por su empleador se considera “asequible” (menos del 9.5 por ciento de su ingreso familiar anual de 2014) y proporciona el valor mínimo. Para obtener más información al respecto, visite www.cuidadosalud.gov o solicite ayuda a través de uno de los recursos que se encuentran al final de esta publicación.

¿Qué no se considera cobertura mínima?

“La cobertura mínima esencial” se define para incluir la cobertura bajo un plan patrocinado por el gobierno (incluyendo Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE o los programas de atención de salud de veteranos), los planes de salud que se venden a través de mercados, los planes de empleador y planes de salud adquiridos en el sector individual.

Los planes que no cumplen con los requisitos mínimos de cobertura esenciales y que harían que los individuos contrajeran una multa por falta de mantenerse la cobertura mínima esencial incluyen:

- Los planes que sólo cubren servicios dentales u oculares
- El seguro de incapacidad a corto y largo plazo o los planes de compensación de los trabajadores
- Seguro de cuidado a largo plazo, o planes de atención basados en la comunidad o de hogar de ancianos
- Seguro Hospitalario, de Cáncer, o sólo para accidentes.
- Programas de descuento para Cuidado de Salud, servicio médico o de farmacia.
- La cobertura de pagos médicos dentro de un plan de seguro automóvil.
- El seguro suplementario de Medicare

¿Qué pasa si opto por no comprar seguro?

Si usted no compra seguro, usted puede ser obligado a pagar una multa anual si usted no tiene seguro por tres meses o más en un año determinado. En 2014, la cantidad de la multa es \$ 95 por adulto y \$ 47.50 por niño, con una multa máxima de \$ 285 por familia, o 1% por ciento de los ingresos familiares, lo cual sea mayor.

En 2015, la multa es de \$ 325 por adulto y \$ 162.50 por niño, con una multa máxima de \$ 975 por familia, o 2% por ciento de los ingresos familiares, lo cual sea mayor.

En el año 2016 y más allá, la multa es de \$ 695 por adulto y \$ 347.50 por niño, con una multa máxima de \$ 2,085 por familia, OR 2.5% por ciento de los ingresos familiares, lo cual sea mayor.

Usted no está obligado a pagar la multa, incluso si usted no tiene seguro si:

- Usted no está obligado a presentar una declaración de impuestos porque sus ingresos son demasiado bajos (\$10,000 para una persona, \$20,000 para una familia en el año 2013);

- Usted tendrá que pagar más de un 8 por ciento de sus ingresos anuales para obtener seguro de salud, después de tener en cuenta las contribuciones de los empleadores o los créditos fiscales;
- Usted podría calificar para Medicaid debido a los nuevos límites de ingreso, pero su estado ha optado por no ampliar la elegibilidad para Medicaid;
- Usted es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal;
- Usted es miembro de una secta religiosa reconocida con objeciones religiosas al seguro de salud, o
- Usted está encarcelado.

¿Cuáles son los recursos para los hispano hablantes?

Los consumidores de habla española que tienen preguntas sobre los Mercados deben visitar www.cuidadodesalud.gov, que es un sitio web informativo presentado completamente en español. Además, los representantes están disponibles para contestar sus preguntas en español y otros idiomas a través de una línea telefónica gratuita, al (800) 318-2596.

InsureUStoday también tiene representantes bilingües para ayudar a los hispanohablantes a responder a cualquier pregunta que tengan sobre los Mercados. Se les puede contactar al (866) 207-8023.

Los Pequeños Negocios y el Mercado

¿Qué es el Programa de Opciones de Salud para Negocios Pequeños (SHOP)?

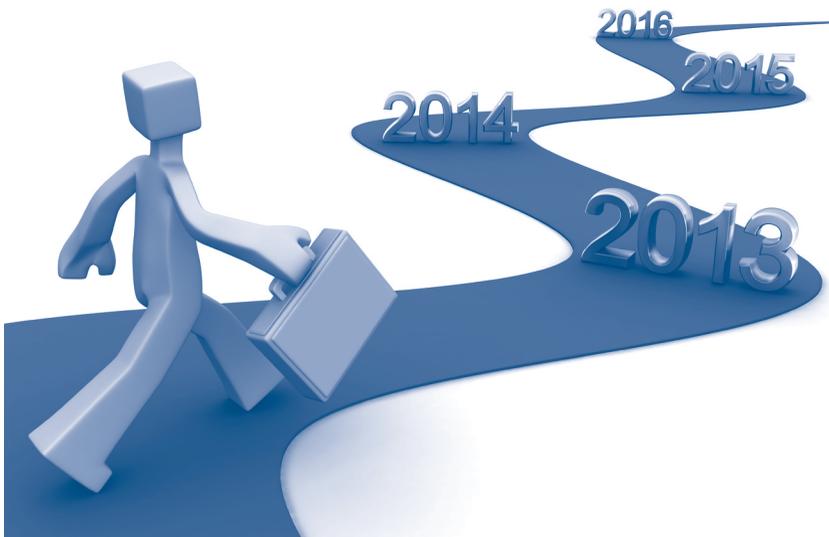
Los propietarios de pequeñas empresas pueden beneficiarse del Programa de Opciones de Salud de la Pequeña Empresa (SHOP) a partir de 2015. Habrá un período de cada año durante el cual los propietarios de pequeñas empresas con 50 o menos empleados de tiempo completo pueden comparar los planes de seguro de salud que se ofrecen en el mercado, y selecciona la cobertura para ofrecer a sus empleados. Los empleadores tienen muchas opciones al elegir estos planes, incluyendo el nivel de cobertura para proporcionar a sus empleados, así como la cantidad para contribuir para ayudar a los empleados a pagar sus primas de seguro de salud.

Igual como los planes de seguro de salud que se les ofrecen a los individuos a través del mercado, los planes disponibles en SHOP se administrarán por las compañías de seguro privadas, se resumirán en un lenguaje sencillo, y permitirán las comparaciones de la cobertura, la calidad y el costo. Las pequeñas empresas también podrán beneficiarse de la ayuda financiera, debido a los créditos fiscales que se proporcionan para ayudar a los empleadores a cubrir más costos médicos para sus empleados relacionados con la cobertura adquirida a través del SHOP.

A partir de 2016, el mercado SHOP se ampliará para incluir a las empresas con 100 o menos empleados de tiempo completo. Más información sobre el SHOP estará disponible en 2014.

¿Tiene preguntas sobre el mercado SHOP para las empresas con 50 o menos empleados de tiempo completo?

Llame al 1 (800) 706-7893 TTY: 1 (800) 706-7915



Sitios de Web sobre los Mercados de Salud Estatales

No importa el estado en donde Ud. vive, será capaz de utilizar el mercado para solicitar cobertura, comparar sus opciones, e inscribirse. La siguiente lista identifica la página web de cada estado que debe servir como punto de partida en la búsqueda de planes individuales o planes SHOP para las pequeñas empresas y sus empleados.

Sitios de Web del Mercado Estatales

Alabama	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Alaska	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Arizona	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Arkansas	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
California	www.coveredca.com/espanol	1-800-300-0213
Colorado	prd.connectforhealthco.com/individual/?lang=es	1-855-752-6749
Connecticut	www.accesshealthct.com	1-855-805-4325
Delaware	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
District of Columbia	www.DChealthlink.com	1-855-532-5465
		<small>Solamente ayuda telefónica en español</small>
Florida	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Georgia	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Hawaii	www.hawaiihealthconnector.com	1-877-628-5076
		<small>Solamente ayuda telefónica en español</small>
Idaho	www.yourhealthidaho.org/what-you-need-to-know/en-espanol/	1-855-944-3246
Illinois	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Indiana	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Iowa	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Kansas	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Kentucky	www.kynect.ky.gov	1-855-459-6328
	<small>Menú en español se abre hacia abajo</small>	
Louisiana	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596

Sitios de Web sobre los Mercados de Salud Estatales

Sitios de Web del Mercado Estatales

Maine	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Maryland	www.marylandhealthconnection.gov	1-855-642-8572 or 1-855-642-8573
		Solamente ayuda telefónica en español
Massachusetts	www.mahealthconnector.org	1-877-623-6765
		Solamente ayuda telefónica en español
Michigan	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Minnesota	www.mnsure.org	1-855-366-7873
		Solamente ayuda telefónica en español
Mississippi	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Missouri	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Montana	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Nebraska	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Nevada	enlacedeseguromediconevada.com/	1-855-768-5465
		Solamente ayuda telefónica en español
New Hampshire	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
New Jersey	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
New Mexico	www.seguroquesinm.com/ *	1-855-996-6443
New York	nystateofhealth.ny.gov/language_support.html	1-855-355-5777
North Carolina	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
North Dakota	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Ohio	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Oklahoma	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Oregon	www.coveroregon.com/learn-more/language/spanish	1-855-268-3767
Pennsylvania	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Rhode Island	www.healthsourceri.com/espanol/	1-855-840-4774

Sitios de Web sobre los Mercados de Salud Estatales

Sitios de Web del Mercado Estatales

South Carolina	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
South Dakota	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Tennessee	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Texas	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Utah	www.cuidadodesalud.gov *	1-800-318-2596
Vermont	healthconnect.vermont.gov	1-855-899-9600
<small>Solamente ayuda telefónica en español</small>		
Virginia	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Washington	www.wahealthplanfinder.org/HBEWeb/Annon_DisplayHomePage?request_locale=es	1-855-923-4633
West Virginia	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Wisconsin	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596
Wyoming	www.cuidadodesalud.gov	1-800-318-2596

*Para los residentes de Utah y New Mexico que buscan cobertura individual y familiar, visiten al www.Cuidadodesalud.gov. Para las pequeñas empresas y sus empleados, el Mercado del Programa de Opciones de Salud para Negocios Pequeños (SHOP) se encuentra en www.avenueh.com para residentes de Utah, y para residentes de New Mexico en www.shop.nmhix.com/hix/

Si Ud. necesita pedir una mano de ayuda...

Si necesita ayuda para aprender sobre o seleccionar un producto del mercado, puede comunicarse a la Fundación Defensora del Paciente (PAF) mediante nuestro sitio web en www.patientadvocate.org, visitando nuestro blog de la reforma de la salud en www.insureustoday.org, o llamando a la línea telefónica gratuita (866) 207-8023, que le permite hacer preguntas a expertos de PAF.

PAF es una organización 501 (c) (3) sin fines de lucro nacional que ofrece servicios profesionales de administración de casos para los estadounidenses con enfermedades crónicas, potencialmente mortales y debilitantes.

Los administradores de casos PAF sirven como enlace activo entre el paciente y su asegurador, empleador y / o acreedores para resolver cuestiones de seguro médico, discriminación laboral y/o crisis por deudas relativas al diagnóstico del pacientes seguros, mantenimiento del empleo y / o asuntos crisis de la deuda en relación con su diagnóstico.

Fundación Defensora del Paciente busca proteger a los pacientes a través de la mediación efectiva asegurando el acceso a la atención médica, el mantenimiento del empleo y la preservación de su estabilidad financiera.

Algunas Maneras Adicionales para Estar Informado y Obtener Ayuda



www.cuidadodesalud.gov/

Por telefono ¿Preguntas? Llame al 1 (800) 318-2596, las 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1 (855) 889-4325)

Chat en Vivo

www.cuidadodesalud.gov/es/chat/

Reciba noticias, actualizaciones y alertas por correo electrónico o por texto en www.cuidadodesalud.gov/es/subscribe/

¡Manténgase involucrado e informado a través de medios de comunicación social!

Elige tu canal de medios sociales preferida, o únase a todos para ponerse al día con las noticias recientes del mercado y obtener respuestas a sus preguntas sobre los seguros de salud



YouTube

Visite el canal de YouTube de www.cuidadodesalud.gov/es/connect/#youtube para mirar videos que destacan información importante sobre el mercado y donde sale gente como Ud. que desea cubrirse en el Mercado



Facebook

Haga clic en "Like" en nuestra página de Facebook en www.facebook.com/Cuidadodesaludgov y comparta sus pensamientos.

Siga Facebook de la Patient Advocate Fundación y su ficha de Reforma de Salud en www.patientadvocate.org/facebook



Twitter

Siga twitter.com/CuidadoDeSalud/ en Twitter para estar al día sobre las noticias del mercado

Introducción al Consejo de Acción del Paciente

Establecida por la Fundación Defensora del Paciente de 2008, el Consejo de Acción del Paciente es un foro integrado por líderes farmacéuticas y de biotecnología expertos de la industria que mantienen posiciones actuales en el campo de la defensa de los pacientes en su organización.

Cada año, los miembros del Consejo de Acción del Paciente identifican y entregan una herramienta para el paciente al mercado que mejorará el acceso al cuidado de la salud para millones de estadounidenses.

Los miembros del Consejo de Acción del Paciente de 2013 son:

Kathryn West, Amgen Oncology
Cara Thompson, Celgene Corporation
Timothy Wert, Lilly
Alissa Jaffe Nagler, Novartis Oncology
Patti Jewell, MPA, Pfizer Inc
Jim Caro, RPh, MBA, Sanofi U.S.

Proyectos anteriores del Consejo de Acción del Paciente ahora a disposición del público:

National Underinsured
Resource Directory

National Uninsured
Resource Directory

insureUStoday.org

“My Resource Search”
app de teléfono móvil

En la reunión anual en febrero de 2013, los miembros del Consejo de Acción del Paciente con líderes Fundación Defensora del Paciente decidieron apoyar conjuntamente el desarrollo y publicación de una guía para el paciente para ayudar en la comprensión y la inscripción en los Mercados de Seguros de Salud. Esta guía, titulada “Reforma de la Salud y usted: Guía del usuario para Mercados de Seguros de Salud” es el resultado de ese esfuerzo.



Solving Insurance and Healthcare Access Problems | since 1996