



SEMINARIO VIRTUAL DE INSCRIPCIÓN DE NY STATE OF HEALTH  
12 DE DICIEMBRE DE 2018

# PREGUNTAS Y RESPUESTAS

## ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

### ¿Qué información necesito tener cuando esté listo para iniciar mi solicitud?

Le pedimos información sobre sus ingresos y otras cuestiones para decirle para qué tipo de cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. Toda la información que usted proporcione se mantiene privada, tal como lo exige la ley. Si tiene intención de solicitar ayuda financiera para pagar su cobertura, es útil que tenga disponible la siguiente información:

- Números del Seguro Social (o números de documento en el caso de inmigrantes legales que necesiten seguro de salud)
- Fechas de nacimiento
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia
  - >Recibos de sueldo de los últimos 30 días
  - >Para las personas que trabajan por cuenta propia, declaraciones de impuestos recientes o declaraciones de ganancias y pérdidas
- Números de póliza de cualquier seguro de salud vigente
- Información acerca de cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo que tenga a su disposición su familia
- Lista de médicos actuales (para verificar su participación en el plan)

## ¿Qué tipos de ingresos se consideran al solicitar ayuda financiera?

El Mercado utiliza los Ingresos Brutos Ajustados Modificados (MAGI en inglés) para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. MAGI incluye los ingresos procedentes del empleo, además de otros tipos de ingresos sujetos a impuestos. También incluye otras fuentes de ingresos que pueden o no estar sujetas a impuestos, como los beneficios del seguro social, ciertos ingresos del extranjero e intereses exentos de impuestos. La solicitud del Mercado tiene un menú desplegable para ayudarle a determinar qué tipos de ingresos incluir.

Los activos no se tienen en cuenta en la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera para los planes del Mercado.

## Solicito cobertura para 2019. ¿Debería usar mis ingresos de 2018 o de 2019 en mi solicitud?

La solicitud le pide sus ingresos proyectados para 2019. La elegibilidad para la asistencia financiera se basa en sus ingresos del año que tiene esa cobertura.

## Espero necesitar cobertura solo por 6 meses. ¿Debería solicitarla de todas maneras?

Debe seguir adelante y solicitarla. Cuando ya no necesite la cobertura, puede cancelar su cobertura del Mercado. Usted debe notificar a NY State of Health cuando desee cancelar su cobertura. Le pedimos a las personas que notifiquen con 14 días de antelación cuando cancelen su cobertura.

## ¿Cuáles son los plazos de inscripción y cuándo comenzará la cobertura?

Los consumidores se pueden inscribir en una cobertura del Plan de Salud Calificado durante el periodo de inscripción abierta anual y en ciertas circunstancias fuera del periodo de inscripción si tienen un evento vital calificado. La inscripción abierta para 2019 es del 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019. Las fechas límite para inscribirse son:

- 15 de diciembre de 2018, para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2019
- 15 de enero de 2019, para la cobertura que comienza el 1 de febrero de 2019
- jueves, 31 de enero de 2019, para la cobertura que comienza el viernes, 1 de marzo de 2019

Los consumidores elegibles pueden inscribirse en Medicaid, el Plan Esencial y Child Health Plus en cualquier momento durante el año.

**Cuando cumpla 26 años ya no estaré cubierto por el plan de salud de mis padres. ¿Qué opciones tengo?**

Cuando supere la edad para tener la cobertura de sus padres, puede ser elegible para inscribirse a través del Mercado. Es necesario que solicite la cobertura dentro de los 60 días de cumplir los 26 años.

**¿Cuáles son las pautas de ingresos para los distintos programas del Mercado?**

Los niveles de elegibilidad de ingresos varían según el programa. Para calificar para Medicaid, una persona puede ganar hasta \$16,754 por año y una familia de cuatro personas puede ganar hasta \$34,638 por año. Para la cobertura del Plan Esencial sin prima mensual, una persona puede ganar hasta \$18,210 y una familia de cuatro personas puede ganar hasta \$36,900. Para la cobertura del Plan Esencial con una prima mensual de \$20, una persona puede ganar hasta \$24,280 y una familia de cuatro personas puede ganar hasta \$50,200. Para calificar para el pago anticipado de los créditos impositivos de la prima cuando se inscriba en un Plan de Salud Calificado, una persona puede ganar hasta \$48,560 y una familia de cuatro personas hasta \$100,400.

**¿Puedo seguir recibiendo asistencia financiera (créditos impositivos) si no llené los impuestos el año pasado?**

Las normas federales exigen que usted llene los impuestos para ser elegible para los créditos impositivos. Esto se debe a que los créditos impositivos se determinan sobre la base de un cálculo de sus ingresos, pero deben conciliarse a fin de año con sus ingresos reales cuando usted presente su declaración de impuestos federales a los ingresos. Esta estructura le permite recibir los créditos impositivos por adelantado, en lugar de esperar hasta el momento de los impuestos para obtener ayuda para pagar la cobertura.

Si no presenta sus impuestos o no concilia los créditos impositivos recibidos, no será elegible para los créditos impositivos el siguiente año del plan. Podrá de todas maneras inscribirse en un plan durante el Periodo de Inscripción Abierta pero no será elegible para recibir asistencia financiera. Cuando presenta sus impuestos del año anterior, se puede determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera en ese momento.

Hay ayudantes a su disposición para ayudarle con este proceso.

**¿Hay alguna manera de calcular cuánta asistencia financiera tengo derecho a recibir?**

Sí. La página inicial del sitio web de NY State of Health ([www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)) tiene un enlace para la calculadora de la prima. Haga clic en el botón naranja que dice “Ver planes y calcular sus costos”. Se le pedirá que ingrese su código postal para ver los planes disponibles en su condado. Usted puede restringir la búsqueda si selecciona por nivel de cobertura, aseguradora, tipo de cobertura, nivel de metal y calificación de calidad. También puede “calcular la asistencia financiera” ingresando el tamaño de su familia y sus ingresos. Sus criterios de búsqueda generarán una lista de los planes que hay disponibles en su condado y mostrará la prima antes y después de cualquier crédito impositivo al que tenga derecho.

**Soy un adulto casado de 25 años de edad que reside con sus padres. ¿Puedo permanecer en el plan de salud de mis padres?**

Sí, en muchos casos puede permanecer en el plan de salud de sus padres hasta que cumpla los 26 años. (El requisito es que las aseguradoras ofrezcan cobertura a los hijos hasta los 26 años de edad en un plan de los padres que se aplique a productos asegurados, pero no en planes de autofinanciamiento).

Si decide solicitar cobertura por su cuenta, la elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en los ingresos de su hogar y su estatus de presentación de impuestos. Si una persona casada no es reclamada como dependiente en las declaraciones de impuestos de ninguna otra persona, puede solicitar cobertura por separado utilizando su propia información de ingresos, independientemente de si todas las partes residen en la misma dirección. Puede haber varias familias que pagan impuestos viviendo en la misma casa.

**¿Pueden las personas que trabajan de manera autónoma e independiente con ingresos fluctuantes durante el año inscribirse a través del Mercado?**

Sí. Cuando se trata de calcular un ingreso, recomendamos que haga su mejor estimación de acuerdo a la información que posea en ese momento. Las declaraciones de impuestos de años anteriores pueden ayudar, además de una consideración minuciosa de los futuros cambios en ingresos y gastos (por ej., una temporada atareada, presunción de menos clientes, etc.). Le alentamos a que actualice sus ingresos en su solicitud del Mercado durante el año para que refleje mejor sus circunstancias financieras y la elegibilidad para recibir asistencia. Además, proporcionar información precisa y oportuna al Mercado a lo largo del año de cobertura puede ayudar a mitigar cualquier discrepancia que pueda ocurrir al conciliar los créditos impositivos recibidos en su declaración de impuestos a los ingresos federales.

## ¿Puedo cambiar de plan en cualquier momento a lo largo de todo el año?

Generalmente no. Sin embargo, hay ciertos casos en los que se permite un cambio de aseguradora. Por ejemplo, si usted es elegible para un tipo de programa totalmente diferente, (por ej. su elegibilidad cambia de un Plan de Salud Calificado a Medicaid o al Plan Esencial), o si está inscripto y se vuelve elegible nuevamente o no elegible para créditos impositivos, se le permitirá seleccionar un nuevo plan de seguro de salud durante el año. En la mayoría de los casos, sin embargo, solo puede cambiar de aseguradora durante el periodo de inscripción abierta anual/periodo de renovación.

## ¿Puede describir el proceso de renovación anual?

Existen dos tipos de renovación: automática y manual. Cuando llegue al final de la solicitud de NY State of Health, se le pedirá que seleccione un tipo. Si usted elige renovación automática, el Mercado volverá a determinar su elegibilidad mediante la investigación en diversas fuentes estatales y federales y le informará para qué califica el año siguiente. (Si no podemos volver a determinar su elegibilidad por cualquier motivo, se lo notificaremos). Si usted selecciona renovación manual, deberá actualizar su información y completar la solicitud sin el proceso automatizado que facilita el Mercado.

Los consumidores siempre pueden actualizar sus cuentas y/o proporcionar documentación si las circunstancias son diferentes de lo determinado por el Mercado.

Todo inscripto recibirá un aviso con 30 días de anticipación de la fecha límite de inscripción con las instrucciones para la renovación. Independientemente del tipo de renovación, NYSOH recomienda que todos los consumidores ingresen a su cuenta para confirmar la información de cobertura para el próximo año.

## OPCIONES DE COBERTURA

### ¿Cuáles son las opciones de cobertura para hijos adultos?

Los hijos mayores de 19 años no son elegibles para la cobertura de Child Health Plus. Dependiendo del estatus impositivo y los ingresos, los hijos adultos pueden ser elegibles para Medicaid, el Plan Esencial o un Plan de Salud Calificado.

### ¿Tengo una variedad de planes de salud para elegir?

Los consumidores tienen una amplia gama de planes para elegir en 2019 en todo el estado. Hay 12 aseguradoras que ofrecen cobertura del Plan de Salud Calificado y 16 aseguradoras que ofrecen cobertura del Plan Esencial en 2019. En promedio, los consumidores tienen la opción de elegir entre 4 aseguradoras de Planes de Salud Calificados en cada condado y la opción de elegir entre 4 opciones de aseguradoras de Plan Esencial en cada condado.

### ¿Cuál es la diferencia entre un Plan de Salud Calificado y el Plan Esencial?

El Plan Esencial está disponible para consumidores elegibles en función de la edad y los ingresos. Generalmente las personas de entre 19 y 64 años de edad con ingresos entre el 138% y el 200% del Nivel Federal de Pobreza (\$16,754-\$24,280) son elegibles para el Plan Esencial. Si sus ingresos superan el 200% (\$24,280 para una persona) del Nivel Federal de Pobreza, es posible que sea elegible para inscribirse en un Plan de Salud Calificado. La mayor parte de los consumidores menores de 65 años pueden inscribirse en un Plan de Salud Calificado en el Mercado y, dependiendo de los ingresos, puede ser elegibles para créditos impositivos que podrían ayudar a reducir el costo de la cobertura.

El Plan Esencial y todos los Planes de Salud Calificados ofrecidos en el Mercado tienen el mismo paquete general de beneficios de salud esenciales. El Plan Esencial tiene una prima mensual de \$20 o \$0 dependiendo de los ingresos, y no hay gastos de bolsillo para los consumidores. Los Planes de Salud Calificados varían en términos de las primas mensuales, los deducibles y gastos de su propio bolsillo, sea usted o no elegible para recibir asistencia financiera, el nivel de metal de cobertura que usted elija (platino, oro, plata o bronce), y las opciones de aseguradoras varían en función de dónde viva.

## COSTO

### ¿Qué significan los términos prima mensual, costos compartidos y deducible?

La prima mensual es la cantidad que paga a su plan de salud para seguir asegurado. Costos compartidos se refiere a lo que paga para utilizar su seguro cuando usted recibe servicios, como un copago, un coaseguro o un deducible. Algunos planes no tienen ningún requisito de costo compartido, como Medicaid. El Plan Esencial tiene requisitos de costo compartido bajos o inexistentes para los afiliados, dependiendo de los ingresos.

Los costos compartidos para los Planes de Salud Calificados dependen del nivel de metal de plan, es decir, bronce, plata, oro o platino. Todos los niveles de metal de los planes cubren los mismos beneficios de salud esenciales, pero varían en términos de prima y requisitos de costos compartidos. En general los planes de bronce tienen las primas más bajas y los planes de platino tienen las primas más altas. Los planes de bronce típicamente tienen costos compartidos más altos en la forma de deducibles y copagos o requisitos de coaseguro, mientras que los planes de platino tienen costos compartidos bajos o inexistentes para los afiliados. (Se puede encontrar información detallada [aquí](#).)


### ¿Qué sucede si tengo un evento que cambia mi vida durante el año calendario que cambia la cantidad de personas en mi hogar, el estatus de declaración de impuestos, los ingresos u otras circunstancias?

Usted debe actualizar su cuenta del Mercado para reflejar la información más reciente. Por ejemplo, si usted no estaba trabajando cuando se inscribió en la cobertura, pero consiguió un trabajo unos meses más tarde, debe actualizar su cuenta para reflejar ese cambio de ingresos y de empleo. Dependiendo del tipo de cobertura que usted tenga, los cambios a su cuenta pueden afectar su elegibilidad para recibir asistencia financiera o aumentar o reducir el nivel de asistencia financiera que recibe actualmente.

## AYUDA CON LA SOLICITUD Y LA INSCRIPCIÓN

### ¿Puedo obtener ayuda para inscribirme en NY State of Health?

Hay tres maneras de obtener ayuda para completar su solicitud e inscribirse en la cobertura:


- 1 **Telefónica:** Centro de atención al cliente de NY State of Health (1-855-355-5777)
- 2 **En persona:** Visite a un navegante, consejero para solicitudes certificado o agente para recibir asistencia en persona. (Encuentre uno a )
- 3 **Internet:** Utilice la función de chat en nuestro sitio web para ayudarle a completar su solicitud, disponible durante el horario de atención del centro.

### ¿Tengo que pagar por la asistencia que reciba de un navegante o agente?

No. La asistencia se proporciona de manera gratuita. Los ayudantes están disponibles en su comunidad, trabajan en horarios flexibles y hablan varios idiomas. Los ayudantes están disponibles para ayudarle a completar su solicitud, comprender sus opciones de seguro de salud y para ayudarle a tomar la mejor decisión para la inscripción.

## RED DE PROVEEDORES

### ¿Cómo uso la herramienta para buscar proveedores del plan en el sitio web de NYSOH?

 La herramienta para buscar proveedores y planes de salud del estado de NY está disponible en la página inicial del sitio web de NY State of Health (botón violeta). Esta herramienta le permite buscar por plan de salud o por proveedor o nombre de la institución para ver qué proveedores participan en cuáles planes de salud. La herramienta también tiene opciones de búsqueda avanzada (por ejemplo, idioma que habla, accesibilidad para sillas de ruedas). La herramienta se actualiza con la información enviada al Estado de Nueva York directamente por los planes de salud, pero recomendamos que confirme la participación en la red con su proveedor directamente antes de inscribirse en un plan.



## OTRA COBERTURA

**Si soy elegible o esto inscripto en Medicare, puedo inscribirme en los Planes de Salud Calificados o el Plan Esencial a través del Mercado?**

La mayor parte de la gente elegible para Medicare no es elegible para la cobertura en el Mercado porque, conforme a las normas federales, ya tienen lo que se considera “mínima cobertura esencial”. Sin embargo, existen excepciones limitadas, que incluyen a los que cuidan a los padres. Un ayudante en persona o el Servicio de Atención al Cliente le pueden ayudar a determinar si usted es elegible para la cobertura en el Mercado.

**Si en la actualidad estoy inscripto en COBRA, ¿puedo cancelar mi cobertura e inscribirme a través del Mercado?**

Puede cancelar su COBRA e inscribirse en un Plan de Salud Calificado durante la inscripción abierta. Si ya pasó la Inscripción Abierta, debe esperar hasta que se agoten sus beneficios de COBRA, momento en el que sería elegible para inscribirse a través del Mercado con un Periodo de Inscripción Especial (debido a la pérdida de la cobertura esencial mínima). Usted tendrá 60 días para inscribirse en la cobertura después de que termine su cobertura de COBRA.

Si usted está inscripto en COBRA y es elegible para Medicaid o el Plan Esencial, sin embargo, usted puede cancelar su COBRA en cualquier momento e inscribirse en esos programas a través del Mercado.

**Si solo una persona en la familia recibe una oferta de cobertura de su empleador, ¿puede el resto inscribirse a través del Mercado?**

Sí. La mayoría de los niños son elegibles para inscribirse en Child Health Plus, y pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar. El cónyuge/pareja doméstica también es elegible para inscribirse a través del Mercado; sin embargo, la elegibilidad para recibir asistencia financiera dependerá de si el seguro patrocinado por el empleador se considera asequible conforme a las normas federales.

**¿Qué sucede si mi empleador me ofrece cobertura individual a un costo de \$900 al mes y mi salario anual es de \$50,000? ¿Puedo en su lugar comprar el seguro a través de NY State of Health?**

Sí. En esas circunstancias, es probable que sea elegible para rechazar la cobertura patrocinada por el empleador y solicitar asistencia financiera para inscribirse en la cobertura a través del Mercado. En general, si el costo de la cobertura patrocinada por el empleador supera el 9.86% de sus ingresos, se considera no asequible. No obstante, si el costo no supera el 9.86% usted puede rechazar de todas maneras la cobertura e inscribirse a través del Mercado. No será elegible para recibir asistencia financiera, pero puede tener más planes y arreglos de costos compartidos de los cuales elegir y que puedan satisfacer mejor sus necesidades.

Hay una sección de la solicitud que puede ayudarle a determinar si la cobertura ofrecida por su empleador pasa la “prueba de asequibilidad”. También puede ponerse en contacto con la oficina de Recursos Humanos o el administrador de beneficios en su lugar de empleo, y ellos deberían poder decirle si la cobertura ofrecida pasa la prueba de asequibilidad de ACA.