

Pasar de Medicaid a Una Cobertura Proporcionada por Un Empleador

Ahora que la emergencia del COVID-19 ha terminado, el gobierno está reiniciando el proceso anual de garantizar que las personas que reciben Medicaid o CHIP sigan cumpliendo con los requisitos para estos programas. El proceso se llama Medicaid Redetermination. Asegura que Medicaid siga siendo fuerte y pueda servir a quienes más lo necesitan.

Desde que la pandemia del COVID comenzó en 2020, algunas cosas pueden haber cambiado para usted, incluyendo dónde vive o trabaja, y cuánto dinero gana. Como resultado, algunas personas pueden perder su cobertura de Medicaid o CHIP, pero usted todavía tiene otras opciones. Es posible que su empresa le ofrezca un seguro médico. O puede comprar un plan -con ayuda financiera si reúne los requisitos- en los mercados de seguros estatales.

¿Qué es la cobertura proporcionada por el empleador?

Es posible que las cosas hayan cambiado para usted desde el inicio de la pandemia de COVID-19, incluyendo dónde vive, dónde trabaja y cuánto dinero gana. Por eso, es posible que ya no pueda optar a Medicaid. Pero quizás pueda conseguir un seguro médico a través de su trabajo. Este tipo de seguro médico se llama "cobertura proporcionada por el empleador". Aunque se espera que hasta 18 millones de personas dejen de tener acceso a Medicaid, más de la mitad de ellas (9.5 millones) podrán obtener cobertura a través de su empresa.¹

Medicaid es la cobertura de salud que ofrecen los estados a las personas con ingresos muy bajos o nulos. La cobertura proporcionada por el empleador es la que éste ofrece a sus empleados, así como a los cónyuges o parejas de los empleados y a las personas a su cargo. La cobertura ofrecida por la empresa puede contribuir en gran medida a proteger su estabilidad financiera y su tranquilidad.



Alrededor del 90% de todos los empleados estadounidenses trabajan para una organización que ofrece cobertura proporcionada por el empleador.



De media, los empleadores pagan el 83% de los costes del seguro médico de una persona soltera, y el 72% de los costes del seguro médico de una familia.

¡ACTÚE AHORA!

Si usted tiene cobertura a través de Medicaid, o si sus hijos están cubiertos por CHIP, usted debe tomar medidas AHORA para mantener su cobertura, o para pasar a otro tipo de seguro de salud.

1 **ACTUALICE** su información con el programa Medicaid de su estado

2 **VIGILE** su correo electrónico, correo postal y mensajes de texto para obtener más información sobre cómo renovar su cobertura

3 **CONTESTE** en cuanto reciba información para que no se produzca una baja en su cobertura sanitaria

Más información sobre Medicaid en su estado: [Renovar su cobertura de Medicaid o CHIP | Medicaid](#)

Si tiene derecho a un seguro médico a través de su trabajo, **dispone de 60 días para inscribirse** a partir de la fecha en que pierda la cobertura de Medicaid.

¹ https://www.urban.org/sites/default/files/2022-12/The%20Impact%20of%20the%20COVID-19%20Public%20Health%20Emergency%20Expiration%20on%20All%20Types%20of%20Health%20Coverage_0.pdf

Diferencias clave entre Medicaid y la cobertura proporcionada por el empleador

	Medicaid	Cobertura proporcionada por su empleador
Costes	Pagado por el gobierno y los contribuyentes. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid no pagan una prima mensual, ni por los servicios cuando reciben atención sanitaria o medicamentos.	Los empleados pagan una prima mensual, subvencionada en gran parte por su empresa. Los empleados también pagan una parte de los costes cuando reciben atención sanitaria o medicamentos. Estos gastos -el deducible, el copago y el coseguro- varían según la empresa y el plan. Asegúrese de saber qué ofrece cada plan y qué significan los términos principales para poder elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades.
Beneficios	Cubre la mayor parte de la atención médica, como visitas al hospital y al médico, pruebas de laboratorio y radiografías, atención de salud mental, servicios de asistencia domiciliaria y medicamentos con receta. Medicaid cubre revisiones anuales, vacunas, atención preventiva y otros servicios de bienestar. En algunos estados, Medicaid cubre otros servicios como atención dental, servicios oftalmológicos, anteojos y transporte médico rutinario.	Cubre la mayor parte de la atención médica, como visitas al hospital y al médico, pruebas de laboratorio y radiografías, revisiones anuales, vacunas, atención preventiva, atención de salud mental y medicamentos con receta. La mayoría de las empresas ofrecen también acceso a servicios de telemedicina, lo que le permite recibir atención desde la comodidad de su hogar. Muchas empresas ofrecen seguros dentales o de visión como pólizas independientes. Las prestaciones varían de una empresa a otra y de un plan a otro, así que asegúrese de saber qué prestaciones y servicios están incluidos en su cobertura y cuáles no. Si desea más información sobre las prestaciones de su plan, póngase en contacto con su empresa.
Tipos de cobertura	La mayoría de los beneficiarios de Medicaid reciben atención sanitaria a través de organizaciones de atención sanitaria gestionada ("Managed Care Organizations", MCOs). Las personas pueden elegir su MCO, pero hay muy pocas diferencias en cuanto a prestaciones y gastos directos. Las principales diferencias radican en los proveedores específicos disponibles a través de cada MCO. Diez estados no utilizan MCOs: en esos estados, todos los beneficiarios de Medicaid eligen entre los mismos proveedores elegidos por el estado.	Puede elegir entre distintos tipos de planes, como las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud ("Health Maintenance Organizations", HMO) o las Organizaciones de Proveedores Preferentes ("Preferred Provider Organization", PPO). Elegir entre un plan de salud HMO o PPO no tiene por qué ser complicado. Las principales diferencias entre ambos son el tamaño de la red de proveedores de asistencia médica, la flexibilidad de la cobertura o la asistencia de pago para médicos dentro de la red frente a fuera de la red, y el importe de su prima mensual. Normalmente, la cuota mensual de un plan HMO es inferior a la de un plan PPO. Sin embargo, un plan HMO tendrá menos flexibilidad en cuanto a los servicios cubiertos y tendrá que pagar por los servicios fuera de la red.

¿Cómo me inscribo en el seguro proporcionado por mi empleador?

Si ya no tiene derecho a Medicaid, debe ponerse en contacto con su empleador inmediatamente. Puede acogerse a un periodo de inscripción especial ("special enrollment period", SEP) para inscribirse en la cobertura de su empresa. Normalmente, los empleados sólo disponen de **60 días a partir de la fecha en que pierden la cobertura de Medicaid** para solicitar un SEP, pero si pierde la elegibilidad para Medicaid el 10 de julio de 2023 o antes, puede solicitar un SEP hasta el 8 de septiembre de 2023.

Las empresas también ofrecen un periodo anual de inscripción abierta en otro momento del año, en el que todos los empleados pueden reexaminar sus opciones de cobertura y hacer los cambios que sean adecuados para ellos.



¿Cómo elegir la cobertura adecuada para mí?

Hágase algunas preguntas sobre el tipo de asistencia médica que desea tener garantizada y los costes que le gustaría pagar. Normalmente, los planes cubren servicios similares, pero tendrán costes y estructuras de costes diferentes. Por ejemplo, si está dispuesto a pagar más por su prima -o la cantidad que aporta cada mes a su seguro médico, una vez deducidas las cotizaciones de su empresa-, es probable que pague menos de su bolsillo por los servicios médicos, y viceversa. Su empresa puede disponer de otros recursos -como un experto en RRHH o un corredor de seguros- para ayudarle en este proceso.

Obtenga respuestas a preguntas como las siguientes:

¿Mis médicos y hospitales pertenecen a la red?

Las aseguradoras negocian precios más bajos con hospitales, sistemas de salud, médicos y otros proveedores. Estos proveedores se consideran "dentro de la red". Acudir a proveedores de la red le ayuda a ahorrar dinero con su plan de salud. Si un médico o centro no tiene contrato con su plan de salud, se considera fuera de la red y puede cobrarle el precio completo. Si acude a un proveedor fuera de la red, es probable que pague bastante más de lo que pagaría dentro de la red. En los casos de servicios de urgencia, sólo deberá abonar el importe de la participación en los gastos dentro de la red, independientemente de a quién acuda.

¿Están cubiertos mis medicamentos?

Cada plan tiene su propio "formulario", que es una lista de medicamentos que cubre. Algunos medicamentos pueden estar cubiertos al 100%, mientras que otros pueden requerir algún pago por su parte. Antes de inscribirse, consulte el formulario del plan para saber si sus medicamentos están cubiertos y cuáles serían sus costes.

¿Tengo una enfermedad crónica que necesita ser tratada?

Si padece una enfermedad crónica, como una cardiopatía o diabetes, asegúrese de que los servicios, tratamientos o beneficios que prevé utilizar están cubiertos por el plan de salud.

¿Cuáles son los costes de la cobertura que me proporciona mi empleador?

Una **prima** es la cantidad que paga mensualmente para mantener su cobertura. Los empleadores pagan la mayor parte de las primas mensuales, y los empleados pagan el resto.

Un **deducible** es la cantidad que usted paga por la mayoría de los servicios médicos o medicamentos que reúnen los requisitos antes de que su plan de salud empiece a compartir el coste de los servicios cubiertos.

Un **copago** es una cuota fija que usted paga in situ cada vez que va al médico o le recetan un medicamento. Los copagos cubren su parte del coste de una visita médica o de un medicamento.

El **coseguro** es la parte del coste médico que usted paga una vez cubierta la franquicia. El coseguro es una forma de indicar que usted y su compañía de seguros pagan cada uno una parte de los gastos subvencionables hasta alcanzar el 100%.

¿Quiero una prima mensual más baja, pero unos gastos de bolsillo más altos cuando me atiendan, o una prima más alta y unos gastos de bolsillo más bajos cuando me atiendan?

Piense en cómo le resulta más cómodo pagar la asistencia médica. Unos gastos de bolsillo más altos pueden significar unos gastos más bajos si no recibe mucha atención médica. Las primas más altas pueden significar más previsibilidad en sus costes, incluso cuando tenga una urgencia o un problema de salud que no esperaba.



¿Cómo utilizar la cobertura proporcionada por su empleador?

Una vez que se haya inscrito en la cobertura proporcionada por su empleador, asegúrese de comprender sus prestaciones y los costes de los distintos procedimientos y servicios. A continuación, le indicamos algunos puntos importantes que debe tener en cuenta al utilizar la nueva cobertura de su empresa:

- Póngase en contacto con sus proveedores y farmacias para asegurarse de que disponen de los datos actualizados de su seguro.
- Si aún no tiene médico de atención primaria, busque uno que pertenezca a su red. Si ya tiene un proveedor de atención primaria, asegúrese de que su médico pertenece a la red antes de buscar atención.
- Asegúrese de someterse a revisiones periódicas, pregunte a su médico acerca de las pruebas preventivas y considere la posibilidad de inscribirse en un programa de bienestar en el lugar de trabajo que le ayude a mantenerse sano.
- Lleve un registro de sus gastos médicos para poder utilizar esa información durante el próximo periodo de inscripción abierta y asegurarse de que tiene el plan que mejor se adapta a sus necesidades.

Visite [AHIP.org/health-insurance-terms](https://www.ahip.org/health-insurance-terms) para obtener un glosario completo y definiciones de términos de uso frecuente. Póngase siempre en contacto con su empresa o proveedor de seguro médico si tiene preguntas específicas sobre su cobertura.

¿Es la cobertura ofrecida por mi empresa adecuada para mi familia?

La cobertura proporcionada por el empleador es la opción adecuada para millones de estadounidenses y sus familias. Sin embargo, algunos empleados optan por inscribirse ellos mismos en la cobertura ofrecida por el empleador, y sus familias en la cobertura a través de los mercados de seguros médicos. A la hora de tomar una decisión, quizá le interese saber si su cónyuge (o pareja) y las personas a su cargo pueden optar a una ayuda económica del gobierno federal para inscribirse en un seguro a través de los mercados de seguros médicos.

Todo el mundo merece un acceso asequible a una cobertura completa que proteja su salud y su estabilidad financiera. Los proveedores de seguros médicos se comprometen a ayudarle a contratar la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades.

ACERCA DE AHIP

AHIP es la asociación nacional cuyos miembros proporcionan cobertura médica, servicios y soluciones a cientos de millones de estadounidenses cada día. Estamos comprometidos con las soluciones basadas en el mercado y las asociaciones público-privadas que hacen que la asistencia sanitaria sea mejor y la cobertura más asequible y accesible para todos. Visite [AHIP.org](https://www.ahip.org).