



Asegúrese. Siga asegurado.

MANUAL DE INSCRIPCIÓN.
SU GUÍA PARA EL SEGURO DE SALUD.

¡Bienvenido!

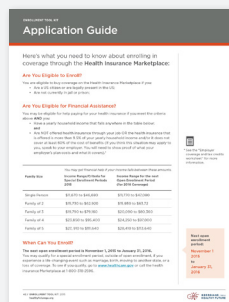
Su manual de inscripción contiene información importante que le ayudará a aprender y entender

- cómo obtener un seguro de salud (inscripción) y
- cómo usar su seguro de salud una vez que lo tenga (después de la inscripción)

¿Qué hay adentro?

Herramientas para la Inscripción

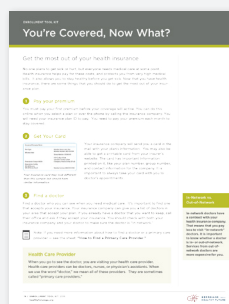
- Guía para la Solicitud**, página 1
- Medicaid en Georgia**, página 3
- ¿Cuánto le costará el seguro de salud?**, página 7
- Períodos Especiales de Inscripción (SEP)**, página 11
- Estafas Comunes e Inquietudes: Atención Sanitaria Accesible**, página 13
- Penalidades y Excepciones**, página 15
- Formulario Final del Asistente de Inscripción**, página 19



La información sobre la inscripción y sobre cómo obtener un seguro utiliza un **color anaranjado** como el de este ejemplo.

Herramientas para después de Realizar la Inscripción

- Está Cubierto, ¿Ahora Qué?**, página 21
- Encontrar un Proveedor de Atención Primaria**, página 25
- Servicios Preventivos**, página 27
- Apelaciones y Reclamos**, página 29
- Seguro de Salud e Impuestos**, página 33
- Tabla de Cobertura del Empleador e Impuestos**, página 37



La información acerca de cómo utilizar el seguro después de la inscripción usa un **color verde** como el de este ejemplo.

¡No se preocupe si tiene preguntas durante todo el proceso! Estamos aquí para ayudarlo:

Jamila Young

jyoung@healthyfuturega.org

404-567-5016, Ext. 2

Esto es lo que necesita saber acerca de la inscripción para la cobertura a través del **Mercado de Seguros de Salud**:

¿Cumple usted con los requisitos para inscribirse?

Usted cumple con los requisitos para adquirir la cobertura en el Mercado de Seguros de Salud si:

- Es ciudadano de EE.UU. o si está legalmente presente en los EE.UU.;
- Actualmente no está en la cárcel o en prisión;

¿Cumple usted con los requisitos para asistencia financiera?

Usted puede acceder a que lo ayuden a pagar su seguro de salud si es un ciudadano de EE.UU., si actualmente no está en la cárcel **Y** si usted:

- Tiene un ingreso familiar anual dentro de cualquiera de los rangos de la tabla a continuación,
y
- NO le ofrecen un seguro de salud a través de su trabajo O si el seguro de salud que le ofrecen supera el 9,5% del ingreso anual de su hogar y/o si no cubre al menos el 60% del costo de las prestaciones. (Si piensa que esta situación se puede aplicar a usted, hable con su empleador. Tendrá que presentar prueba de los costos del plan de su empleador y lo que cubre).*



* Véase la “Hoja de trabajo de la cobertura del empleador y créditos fiscales” para más información.

Puede obtener ayuda financiera si su ingreso se encuentra entre estos montos.

Tamaño de la familia	Rango/Criterio de ingresos para los Periodos de Inscripción Especiales de 2018	Rango de ingresos para el Próximo Período de Inscripción Abierto (para cobertura en
Persona sola	\$12,060 to \$48,240	\$12,060 to \$30,150
Familia de 2	\$16,240 to \$64,960	\$16,240 to \$40,600
Familia de 3	\$20,420 to \$81,680	\$20,420 to \$51,050
Familia de 4	\$24,600 to \$98,400	\$24,600 to \$61,500
Familia de 5	\$28,780 to \$115,120	\$28,780 to \$71,950

¿Cuándo puede inscribirse?

El Próximo Período de Inscripción Abierto es desde el 1° de noviembre de 2017 a 15 de diciembre de 2017.

Usted puede tener derecho a un Período de Inscripción Especial si se produce un acontecimiento que tenga un impacto en su vida, como el matrimonio, un nacimiento, mudarse a otro estado o pérdida de la cobertura. Para ver si usted cumple con los requisitos, diríjase a www.healthcare.gov o llame al Mercado de Seguros de la Salud al 1-800-318-2596.

¿Qué necesita cuando está listo para inscribirse?

- Documentos de ingresos:** W2 o talón de pago reciente, carta de las prestaciones de Seguridad Social e información sobre cualquier otro ingreso que reciba, incluso si no paga impuestos sobre el mismo
- Información del empleador:** Número de teléfono y dirección
- Documentos de ciudadanía e inmigración:** Si usted no es ciudadano estadounidense, necesita un certificado de ciudadanía, documentos de inmigración, documentos de viaje de refugiados, tarjeta de residencia u otros documentos de estado idóneos

Cómo presentarse:



En línea

- Diríjase a www.healthcare.gov
- Cree una cuenta: necesitará una dirección de correo electrónico para esto
- Puede completar su solicitud e incluso seleccionar un plan en línea. Incluso puede pagar su primera prima.



Por teléfono

- Llame al 1-800-318-2596
- Complete la solicitud con el representante por teléfono
- El representante le informará el monto de la asistencia financiera que usted tiene derecho a recibir, si ese fuera el caso, y analizará los planes disponibles. Incluso puede seleccionar un plan por teléfono.



Personalmente

- Visite LocalHelp.HealthCare.gov para encontrar una persona que le brinde asistencia y esté libre en su área.
- Concerte una cita con un asistente de inscripción, que lo ayudará a inscribirse.
- Lleve a su cita los documentos enumerados anteriormente.

¡Recuerde pagar su seguro!

Usted debe pagar su primera prima antes de que su cobertura se active. Puede hacerlo en línea cuando selecciona un plan o por teléfono llamando a la compañía de seguros.

El Próximo Período de Inscripción Abierto:

1° de noviembre de 2015 el 15 de diciembre de 2017



Usted necesitará esta información para cualquier persona que aparezca en su declaración de impuestos, incluso si solo está buscando cobertura para usted.

¿Cumple usted con los requisitos y cómo funciona?

¿Quién cumple con los requisitos para acceder a Medicaid en Georgia?

En general, usted debe solicitar Medicaid si sus ingresos son bajos y si coincide con alguna de estas categorías:

- Cree que está embarazada
- Es el padre/madre o tutor de un niño o adolescente menor de 19 años
- Es un niño o adolescente menor de 19 años
- Tiene 65 años o más
- Está legalmente ciego
- Tiene una discapacidad
- Necesita cuidado de ancianos

Nota: Su hijo/a puede tener derecho a Medicaid si es ciudadano de EE.UU. o inmigrante legal, aunque usted no lo sea. Los requisitos para los niños se basan en el estado del niño, no en el de los padres. Sin embargo, los ingresos de los padres se toman en cuenta para el límite de ingresos.

How Do You Apply for Medicaid?



Se solicita en línea: (cualquier tipo de Medicaid)

- www.gateway.ga.gov



Personalmente:

- **La División de Servicios para Familias y Niños de su Condado** (cualquier tipo de Medicaid)
Para encontrar la oficina de DFCS, véase <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices> o llame al 404-656-2000
- **El sitio de Medicaid, Un Derecho desde el Comienzo** (Medicaid para niños, la mujer embarazada, padres / tutores, o planificación familiar para mujeres entre 18 y 44 años) Para encontrar un sitio de RSM, véase www.dch.georgia.gov/rsm-contact-information o llame al 800-809-7276

Si tiene 65 años o más, es ciego o discapacitado:

Solicite un Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) y Medicaid, comunicándose con la oficina local del Seguro Social. Llame al 800-772-1213 o visite www.ssa.gov

Si usted es sordo o tiene problemas de audición llame al número TTY 800-325-0778

NOTA

.Si solicita Medicaid para sus hijos y se entera de que no cumplen con los requisitos de ingreso, pregunte por **PeachCare for Kids** o llame al **877-427-3224**.

También puede solicitarlo en línea en www.peachcare.org.

Las familias que ganan demasiado dinero para Medicaid pueden inscribir a sus hijos en PeachCare for Kids. Por ejemplo, una familia de 4 puede tener un ingreso hasta de \$61.110 en 2015 para poder acceder.

¿Qué ocurre después que solicita Medicaid?

- Se enterará si usted o su hijo/a es cumple con los requisitos para acceder a Medicaid dentro de los 45 días después de solicitarlo. Nota: Si lo está solicitando basándose en una discapacidad y su discapacidad tiene que ser determinada, el estado tiene 60 días para notificarlo.
- Recibirá una carta por correo informándole si usted es apto o no. (Si la notificación dice que usted no es apto cuando cree que sí debería serlo, puede solicitar una audiencia justa para que una persona imparcial pueda tomar una decisión sobre su caso.)
- Si usted o su hijo/a cumplen con los requisitos para accede a Medicaid, recibirá por correo una tarjeta plástica de Medicaid.
 - Se enviará por correo una tarjeta para cada miembro de la familia que se haya inscripto.
 - La tarjeta tendrá el nombre del inscripto y el número de identificación del socio en el frente.
- Lleve su tarjeta de Medicaid con usted en todo momento, en su bolso o en su billetera. Trátela como si fuera su licencia de conducir, para tenerla siempre que la necesite. Debe mostrársela al médico o al farmacéutico para obtener médica o medicamentos.



Ejemplo de Tarjeta de Medicaid de Georgia

- Dado que su situación personal puede cambiar, por ejemplo, si consigue un nuevo empleo o si cambia el tamaño de su familia, Medicaid revisará su situación cada año para cerciorarse de que usted todavía cumple con los requisitos.
 - Si su situación cambia, debe llamar a Elegibilidad de Medicaid al 404-651-9982 o a la oficina de Administración de Seguridad Social en cuanto tenga conocimiento de los cambios.
- Dependiendo del tipo de Medicaid que tenga, podrá elegir entre distintos planes de salud. Podrá hacer la elección a través de Familias Saludables de Georgia (Georgia Healthy Families). Véase https://www.georgia-families.com/GASelfService/en_US/home.htm, o llame al 1-888-423-6765.

LOS COPAGOS

A menos que esté embarazada o sea menor de 21 años, es posible que tenga que pagar un pequeño copago cuando reciba atención médica. No se le puede negar el servicio porque no pueda pagar el copago. Pero su médico puede facturarle el monto del copago.



Si no tiene noticias dentro de los

45 días

llame al
877-423-4746.



Su elegibilidad se revisa cada año después de que se inscribe.

NOTA

Cuando solicite Medicaid o un Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), ponga en conocimiento de su asistente social las facturas médicas de los últimos tres meses. Es posible que Medicaid pueda ayudar a pagar algunas.

¿Qué paga Medicaid?

Siempre es una buena idea preguntar a su médico o farmacéutico si el servicio o artículo específico que usted necesita está cubierto por Medicaid.

Por lo general, Medicaid cubre estos servicios:

- Visitas al consultorio del médico y del enfermero
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Medicamentos recetados
- Servicios hospitalarios para pacientes internados (los servicios que recibe en el hospital cuando pasa la noche)
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (los servicios que recibe en el hospital aunque no pase la noche)
- Hogares de ancianos
- Servicios de ambulancia para emergencias
- Atención dental preventiva para los niños
- Cierta atención dental de emergencia para adultos
- Transporte que no sea de emergencia para llegar a las citas médicas
- Equipo médico y suministros recetados por un médico para usar en su hogar (como sillas de ruedas, muletas o andadores)
- Exámenes, inmunizaciones (vacunas) y todos los tratamientos necesarios para los niños
- Servicios de planificación familiar (como exámenes, control de natalidad, tratamiento y asesoramiento)
- Atención de la vista de los niños
- Servicios de audición para niños o doctor and nurse office visits

CHEQUEO MÉDICO

Medicaid paga la mayoría de los servicios médicos que necesitan los niños o los adultos menores de 21 años.

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor en su área que acepte Medicaid o PeachCare for Kids™?

Llame a POWERLINE al 1-800-300-9003.

Atención por la Coalición Madres Saludables, Bebés Saludables de Georgia, la POWERLINE tiene la lista más completa de recursos de salud disponibles para cada condado de Georgia. Esta lista incluye a proveedores que aceptan pacientes de Medicaid o PeachCare. También incluye a los proveedores que ofrecen bajos costos u honorarios de escala variable para los servicios.

¿Necesita ayuda para inscribirse a Medicaid?

En los condados Fulton, DeKalb, Cobb, Gwinnett o Clayton comuníquese a:

Ayuda Legal de Atlanta:

(404) 524-5811 en el Condado de Fulton

(770) 528-2565 en el Condado de Cobb

(404) 377-0701 en el Condado de DeKalb

(678) 376-4545 en el Condado de Gwinnett

or (404) 669-0233 en los Condados de Clayton y South Fulton

Para todos los demás condados, comuníquese al:

Programa de Servicios Legales de Georgia

1-800-498-9469

¿Cuánto costará su seguro de salud?

Nadie planea enfermarse o lesionarse, pero todo el mundo necesita atención médica en algún momento. El seguro de salud ayuda a pagar estos costos y lo protege de las cuentas médicas muy elevadas. Si bien cada plan del seguro médico es diferente, hay términos comunes que debe conocer para ayudarlo a determinar cuánto tendrá que pagar por la cobertura.

Hay 4 tipos de costos diferentes del seguro de salud que usted tendrá que pagar.

El monto y tipo de costos que usted pagará depende del tipo de plan que elija.

PRIMA	DEDUCIBLE	COPAGO	COSEGURO
--------------	------------------	---------------	-----------------

Términos comunes del seguro de salud

Prima

Una factura mensual que usted paga a su aseguradora de salud, al igual que cuando paga su factura de electricidad o de agua. Tiene que pagar la prima, incluso si ese mes no recibe ninguna atención médica.

- Escriba su prima mensual a la derecha:
- **Pague mensualmente:** Anote la fecha de vencimiento de su pago mensual en la casilla de la derecha.
- Conserve los registros de cada pago.

Nota importante: Elegir un plan con una prima mensual baja puede significar que los gastos que deba pagar de su bolsillo (como copagos y deducibles) serán aún más elevados.

Deducible

la cantidad de dinero que debe gastar en sus servicios de atención médica cada año, antes de que su plan del seguro médico empiece a pagar parte del costo.

- El deducible incluye sus copagos y otros costos que tiene que pagar para recibir atención médica. (No incluye sus primas)
- Anote su deducible en la casilla de la derecha.
- Puede encontrar su cantidad deducible en su formulario del **Resumen de Beneficios**. Si no puede encontrar este formulario, puede llamar a la línea de atención a socios de su plan de salud. El número está en su tarjeta del seguro.



Si no paga esta prima cada mes, puede perder su seguro de salud.

MI PRIMA MENSUAL ES

\$ _____

VENCE EL

_____ día de cada mes.

MI DEDUCIBLE ES

\$ _____

Copago

El monto fijo que usted paga cuando utiliza sus servicios de atención médica. Usted paga una pequeña cantidad cada vez que visita al médico o que extiende una receta. **Los diferentes tipos de servicios de atención médica tienen diferentes copagos.**

- Sus copagos están enlistados en la tarjeta de su seguro de salud. Por ejemplo, podría decir PCP como proveedor de atención primaria o ER para sala de emergencias.
- Importante:** No hay copagos para la atención preventiva.
- Mire la tarjeta de su seguro y complete los copagos en la casilla de la derecha.

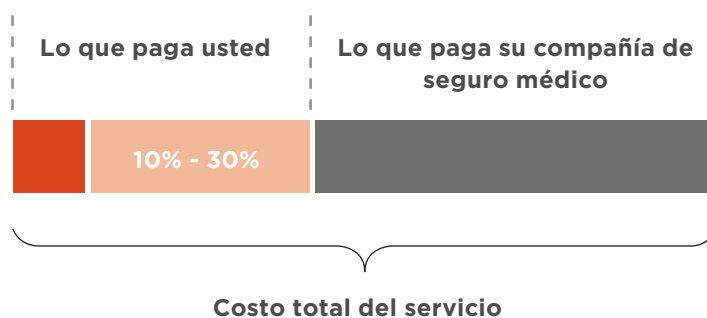


Ejemplo de la Tarjeta del seguro.

Coseguro

Una vez que ha pagado el monto de su deducible, quizás deba pagar un “coseguro” por ciertos servicios. Este cargo es una parte o un porcentaje (%) del costo total del servicio. El coseguro es su parte de los costos, por lo general entre 10 y 30%.

- Para averiguar si tiene que pagar un coseguro, llame al número del servicio de atención a los socios de su plan de salud y pregunte.



- Deducible**
(fixed amount varies on your plan)
- Coseguro**
(10-30% del costo total del servicio)
- El saldo del costo del servicio** será pagado por su Compañía de Seguro Médico

MIS COPAGOS

Para ver a un **Médico de familia** (a menudo mencionado como “PCP.”) Visita a este médico para su chequeo anual o para atención médica que no sea de

\$ _____

Para ver a un **Especialista** (puede estar mencionado como “SPC”):

\$ _____

Para ir a la **Sala de emergencias** (quizás mencionada como “ER”):

\$ _____

Para conseguir que le extiendan una **receta...**

Genérico marca: \$ _____

De marca: \$ _____

Gasto máximo del propio bolsillo:

La cantidad máxima que tendrá que pagar por el año si usted obtiene toda su atención médica “dentro de la red”. Una vez que haya llegado a esta cantidad, su seguro de salud paga el 100% de sus gastos médicos. El monto máximo de su bolsillo comienza de nuevo cada año.

- NOTA: El gasto máximo del propio bolsillo no incluye su prima mensual ni la atención médica “fuera de la red”.
- Puede encontrar su gasto máximo del propio bolsillo en el formulario del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). Examine su formulario SBC y escriba el gasto de su propio bolsillo en la casilla de la derecha.

UN EJEMPLO

Plan de Jane: Deducible: \$1,500
 Copago: \$20
 Coseguro: 20%
 Límite de gastos de su propio bolsillo: \$3,000

Jane debe alcanzar su deducible antes de que su plan comience a pagar la mayor parte de los costos.

Costos de la visita al consultorio: \$100
 Jane paga: \$100
 Su plan paga: \$0
 (Nota: Todos los planes pagan el 100% de los servicios preventivos cubiertos)

Jane tiene un servicio que la obliga a pagar un copago, que también irá a su deducible.

Costos de visita al consultorio: \$300
 Jane paga: \$20
 Su plan paga: \$280

Jane ha alcanzado su deducible de \$1.500, ahora comienza su coseguro. Jane ha pagado \$1.500 en visitas al médico, especialistas y medicamentos recetados. Ahora su plan paga algunos de los costos.

Office Visit Costs: \$100
 Jane paga 20% de \$100 = \$20
 Su plan paga 80% de \$100 = \$80

Jane ha alcanzado su límite de \$3.000 de gastos de su propio bolsillo. Jane ha tenido que ir muchas veces al médico y ha pagado \$3.000 en total por su atención (además de sus primas mensuales). Su plan paga el costo total de su atención médica cubierta por el resto del año. Ella sigue pagando su prima mensual.

Costos de visita al consultorio: \$200
 Jane paga: \$0
 Su plan paga: \$200

EL MÁXIMO DE PAGOS DE MI

\$ _____

Questions?

Si tiene preguntas sobre cómo utilizar su seguro de salud o sobre los costos de su cobertura, comuníquese con el Especialista en Educación del Consumidor de GHF, Whitney Griggs en WGriggs@healthyfuturega.org o llame al 404-220-8374.

Si adquirió su plan del Mercado...

Los planes que se venden en healthcare.gov vienen en cuatro niveles diferentes, nombrados por metales: Bronce, Plata, Oro y Platino. ¿Cuál eligió usted?

Los planes de Bronce tienen primas más bajas. Los planes de Plata tienen primas más altas y los planes de Oro más altas aún. Los planes de Platino tienen las primas más caras de todas. Los planes de Bronce y Plata tienen los deducibles más altos, pero las primas más bajas. Los planes de Platino y de Oro tienen deducibles más bajos, pero primas mensuales más elevadas.

	Planes	Primas	Deducibles
	Platino	\$ \$ \$ \$	\$
	Oro	\$ \$ \$	\$ \$
	Plata	\$ \$	\$ \$ \$
	Bronco	\$	\$ \$ \$ \$

RECORDATORIO

Prima:

Un pago mensual que realiza a su compañía de seguro médico

Deducible:

La suma de dinero que debe gastar en los servicios para atención médica cada año antes de que su plan de seguro de salud comience a pagar parte del costo.

Cambios de vida: Su seguro de salud también puede cambiar

Los Períodos Especiales de Inscripción lo ayudan a obtener y a mantener la cobertura, sin importar qué le depara la vida.

¿Qué es un Período Especial de Inscripción?

El período, fuera de la Inscripción Abierta, cuando alguien se puede inscribir o cambiar de plan de salud del Mercado. Un Período Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) puede ocurrir en cualquier momento durante el año. Usted puede tener derecho a un SEP si ha experimentado un acontecimiento en su vida que lo hace apto.

¿Cuándo puede tener un Período Especial de Inscripción?

Un SEP dura 60 días que comienzan a partir de la fecha del acontecimiento en su vida que lo hace apto. Si no se inscribe en un seguro de salud durante esos 60 días, tendrá que esperar al siguiente período de inscripción abierta para poder hacerlo.

¿Tengo derecho a un Período Especial de Inscripción?

Si ha experimentado alguno de los siguientes eventos en su vida, puede obtener un Período de Inscripción Especial (SEP):

- Adopción o acogimiento de un niño(a)
- Nacimiento de un hijo
- Matrimonio
- Divorcio
- Se mudó a otro estado o a un lugar fuera de la zona de cobertura de su plan
- Pérdida de la cobertura (debido a la pérdida del trabajo por cualquier razón)
- Pérdida de elegibilidad para Medicaid o PeachCare
- La cobertura COBRA ha terminado
- Cumplió 26 años
- Se convirtió en ciudadano o residente legal de EE.UU.
- Salió de prisión
- Está ganando más dinero, tiene menos personas

¡Es candidato para un Período de Inscripción Especial!

Puede inscribirse en cuidadodesalud.gov, llamando al 1-800-318-2596, o con ayuda personal, gratuita. O comuníquese con su oficina local. Su información se encuentra enlistada en el recuadro de la derecha.

¿Preguntas?

Pranay Rana
Especialista en Inscripciones y Educación del Consumidor
prana@healthyfuturega.org
404-567-5016, Ext 4

¿Qué pasa si no reúno los requisitos para un SEP?

Si usted no ha experimentado uno de los acontecimientos incluidos en la lista en su vida, no reúne los requisitos para el período especial de inscripción en este momento. Si las circunstancias cambian más adelante, regrese aquí de nuevo o ingrese a healthcare.gov para ver si reúne los requisitos.

Situaciones especiales que pueden determinar que usted tenga derecho a un Período Especial de Inscripción

En algunas ocasiones, usted puede tener derecho a un SEP por alguna otra razón que no sea un acontecimiento en su vida. Puede tener derecho a un SEP si el Mercado está de acuerdo en que:

- Usted fue inscrito (o no inscrito) debido a un error del Mercado o de los asistentes de inscripción
- Un asistente de inscripción que no sea del Mercado (como un navegador, agente de seguros o asesor certificado) cometió una infracción que dio lugar a que:
 - 1) no esté inscrito,
 - 2) no esté inscrito en el plan que usted seleccionó, o
 - 3) que no reciba la ayuda financiera (créditos fiscales o reducciones de costos compartidos) para los que usted cumple con los requisitos.
- El plan de seguro violó significativamente su contrato.
- Situaciones difíciles, como violencia doméstica, emergencias médicas u otras dificultades que impidieron la inscripción.

Estos acontecimientos NO determinarán que usted tenga derecho a un Período Especial de Inscripción

- La elección de poner fin a su cobertura de salud actual
- Dejar de cumplir con los requisitos para la cobertura cuando no estaba inscrito en la misma (es decir, perder su trabajo sin estar inscrito en el plan médico de su empleador)
- Pasar cumplir recientemente con los requisitos para recibir asistencia financiera del Mercado, A MENOS QUE
 - ya estuviera inscrito en una cobertura del Mercado; O
 - hubiera tenido un aumento de ingresos que recién lo hiciera apto para asistencia financiera
- Perdió la cobertura de su seguro porque no pagó sus primas o porque cometió fraude
- El divorcio o fallecimiento de un miembro de su familia no da lugar a una pérdida de la cobertura

Si usted tiene derecho a un Período Especial de Inscripción

Recuerde que los SEP sólo duran 60 días después de un acontecimiento en su vida que lo vuelva apto. Si no se inscribe dentro de ese período de tiempo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta (entre el 1º noviembre de 2015 y el 31 de enero de 2016). ¡Inscríbese ahora!

- En línea en www.healthcare.gov
- Por teléfono llamando al **1 (800) 318-2596**
- Puede obtener ayuda gratuita en persona ingresando a localhelp.healthcare.gov, o bien llamando al

Cada día, miles de estadounidenses inician sesión en www.healthcare.gov (también llamado Mercado de Seguros de Salud) para encontrar planes de seguros de salud asequibles que respondan a sus necesidades sanitarias. Lamentablemente, algunas empresas y personas deshonestas engañan a otros que desean adquirir un seguro de salud. Sus ardides convencen a la gente para que adquieran un seguro que no necesitan, es decir sin valor o que no está aprobado por el Mercado.



www.healthcare.gov

Aquí hay algunas estafas e inquietudes que usted debe tener en cuenta al adquirir un seguro de salud.

Llamadas telefónicas no solicitadas

- Ninguna persona del Mercado lo llamará ni se comunicará directamente con usted a menos que usted ya se haya registrado en www.healthcare.gov o que haya solicitado que le devuelvan la llamada.
- El Mercado solo le pedirá información personal si usted los contactó directamente.
- **Nunca pedirán sus datos bancarios.**

Llamadas con las que debe tener cuidado:

- Llamadas que parecen ser de su propio número de teléfono. Estas llamadas son ilegales.
- Llamadas de agentes que dicen ser de los planes de Obamacare. Pídeles su número de licencia de Georgia y verifique esa identificación con el Departamento del Seguro.
- Muchas llamadas son estafas. Muchos son de agentes no registrados ni autorizados en Georgia. Estas llamadas deben ser denunciadas de inmediato al Departamento de Seguros.

Sitios web falsos

Desde que se inauguró el sitio web healthcare.gov, se han creado otros sitios similares. Al buscar palabras clave como “seguro del gobierno”, “Obamacare”, o incluso “mercado de seguros de salud”, aparecen estos sitios de aspecto similar para tratar de engañarlo.

Solo healthcare.gov le puede ofrecer información honesta sobre planes de salud asequibles y si usted califica para recibir ayuda financiera.

Hay diferentes nombres para el Mercado de Seguros de Salud:

- Mercado de Seguros de Salud
- El Mercado
- Healthcare.gov

Si usted recibe una llamada de alguien que dice representar al Mercado, cuelgue y llame directamente al Mercado al 1-800-318-2596.



Para navegadores o cláusulas de acción colectiva con preguntas sobre la presentación de una queja o para denunciar una estafa, contacte a Georgia Watch, llamando al 404-525-1085.



Tenga cuidado con los sitios falsos que tienen la apariencia de este.

Personas que cobran dinero para ayudarlo a inscribirse

Algunos estafadores dicen que lo ayudarán a inscribirse en el seguro de salud si les paga. **La inscripción en el seguro de salud es gratuita.** No pague a nadie para ayudarlo. Si usted desea encontrar ayuda gratis y justa cerca de usted, llame al Mercado o visite localhelp.healthcare.gov.

Phishing [Suplantación de identidad]: ¡Usted no quiere quedar atrapado por esta línea!

En una estafa de “phishing”, usted recibe un correo electrónico de la que parece ser una fuente confiable, pero no lo es. El correo electrónico puede tener un virus informático en secreto, un enlace web que permitirá a los ladrones de identidad ingresar en su computadora o una solicitud de dinero.

Estas son algunas de las cosas “phishy” a tener en cuenta:

- **Mala gramática:** A menudo habrá algunas palabras mal escritas o frases mal escritas en el correo electrónico.
- **De un nombre familiar:** Los estafadores usan nombres que usted probablemente conoce para ganar su confianza. En lugar de decir “healthcare.gov” podrían decir “el equipo de Obamacare”.
- **El mensaje incluye amenazas:** El correo electrónico le pide que envíe información personal o algo malo va a pasar. Por ejemplo, “si usted no responde con su número de seguro social, su cuenta será congelada”.
- **Enlaces en el correo electrónico:** Muchas veces, hay un enlace en un correo electrónico de phishing. Si hace clic en él, es posible que lo lleve a una página para que ingrese su información personal o que libere un virus que podría permitir a los ladrones ingresar en su computadora.

Problemas de mensajes de texto

- El Mercado solo le enviará mensajes de texto si usted lo solicitó.
- Si usted recibe un texto ofreciendo premios que dice ser del Mercado, es una estafa.
- Nunca envíe su información personal por mensaje de texto.
- Si se le ofrece un premio, póngase en contacto con la organización directamente para comprobar que se trata de un concurso real.

Presentación de una denuncia

Es importante hacer una denuncia si:

- Si alguna vez una compañía o persona en la que usted no confía solicita su información personal
- Si ha sido objeto de un robo de identidad debido a una de estas estafas

Presente una denuncia con estas agencias

- **Departamento del Seguro de Georgia**
(404) 656-2056 o oci.ga.gov/ConsumerService/complaintprocess.aspx
- **Oficina del Inspector General, Departamento de Salud y Servicios Humanos**
800) 447-8477 o www.oig.hhs.gov
- **La Comisión Federal de Comercio**
1 (877) FTC-HELP (1-877-382-4357) o ftccomplaintassistant.gov

Se encuentra disponible información gratuita e imparcial sobre el seguro de salud.

El Mercado de Seguros de Salud
www.healthcare.gov
1-800-318-2596

Para un navegador con licencia o un asesor certificado para la solicitud. Contacte a alguien en su área:
localhelp.healthcare.gov

Cuál es su “Información Personal”

Información personal significa cualquier información que se puede utilizar para identificarlo. Esto incluye

- su número de seguridad social
- su número de licencia de conducir
- su número telefónico
- dirección
- dirección de correo electrónico
- fecha de nacimiento

Otras personas pueden usar su información personal para robar su identidad o su dinero. Proteja su información personal. Obtenga más información en

www.consumer.ftc.gov.



Para más información acerca de presentar una denuncia, vea nuestra hoja informativa de Quejas y Apelaciones del Seguro de Salud.

Sanciones y exenciones

Comprensión de las sanciones tributarias de la Ley de Asistencia Asequible (ACA)

La Ley de Asistencia Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) exige que todos tengan seguro de salud. Sin embargo, algunas personas pueden optar por no adquirir un seguro de salud o pueden no tener la posibilidad de adquirirlo. Si usted no se inscribe, puede estar sujeto a sanciones tributarias, a menos que tenga derecho a una exención. Una sanción tributaria significa que su reembolso puede reducirse o podría pagar más si debe impuestos al finalizar el año.

Esta es una guía que lo ayudará a comprender si tendrá que pagar una sanción:

COMIENCE
AQUÍ

¿Tuvo un seguro de salud todo el año de al menos una de las siguientes fuentes?

- Medicare
- Medicaid (Amerigroup/Wellcare/Peachstate O PeachCare for Kids)
- VA Benefits
- TRICARE
- Un plan ofrecido por su empleo
- Un plan adquirido en el Mercado (healthcare.gov)
- Un plan de salud calificado que usted mismo adquirió de un agente o corredor



SÍ

Cumplió con los requisitos para contar un seguro de salud y no será sancionado.



NO



Vaya a la página siguiente



¿Es usted un visitante que necesita ayuda para llenar los formularios fiscales complejos? Póngase en contacto con Georgia Watch llamando al 404-525-1085

¿Alguno de los siguientes se aplica a usted?

- El año pasado estuvo menos de 3 meses sin cobertura.
- Su ingreso familiar es inferior a la cantidad que se necesita para presentar una declaración impositiva (alrededor de \$ 10.000 para un individuo, \$ 20.000 para una familia).
- Tiene que pagar más del 8% de sus ingresos por un seguro de salud (después de tener en cuenta los aportes de los empleadores o los créditos fiscales disponibles).
- Habría calificado para Medicaid si Georgia hubiera ampliado su programa
- Ha tenido un cierto tipo de dificultad médica o financiera personal. Vea la tabla de la página siguiente para ver si su dificultad le permite acceder a una exención
- Es parte de una religión que se opone a la aceptación de los beneficios de una póliza de seguro de salud.
- Es un inmigrante indocumentado.
- Está en prisión.
- Es miembro de una Tribu India Reconocida Federalmente (y tiene pruebas).



SÍ

Usted no será penalizado si se presenta para una exención. Vaya a la página siguiente para aprender cómo presentar una exención para que pueda evitar ser sancionado por no tener un seguro de salud.



NO

Usted será sancionado por no tener seguro de salud.



Sanción para 2015:

\$325 por adulto no asegurado y \$162,50 por hijo ni asegurado (hasta \$975 para una familia) O 2,0% del ingreso familiar **el que sea mayor.**

Sanción para 2016 y después:

\$695 por adulto no asegurado y \$347,50 por hijo no asegurado (hasta \$2.085 por una familia) O 2,5 % del ingreso familiar **el que sea mayor.**

Nota: El ingreso es su ingreso anual total menos de \$10.000 para una persona o \$ 20.000 para una familia. Por ejemplo, si el ingreso anual de su familia es de \$ 40,000, su multa se basará en un ingreso de \$ 20.000 (\$ 40.000 - \$ 20.000 = \$ 20.000).



Para calcular su multa tributaria, utilice nuestra Tabla de Multas Tributarias.

Comprensión de las Exenciones de la obligación de tener un seguro médico

Dependiendo de sus circunstancias, usted puede tener derecho a una exención o bien reducir su sanción tributaria o eliminarla por completo. En su declaración impositiva, puede reclamar muchos tipos de exenciones en su declaración de impuestos. Sin

embargo, es posible que tenga que solicitar algunas exenciones y obtener la aprobación del Mercado. Véase la explicación a continuación para averiguar si puede tener derecho a una exención y cómo reclamarla.

Mercado Exenciones

- **Es un miembro de un grupo religioso con objeciones a un seguro de salud o**
- **Experimenta una dificultad, incluida:**

Financiera:

- Falta de vivienda
- Interrupción de los servicios públicos
- Desalojo/Ejecución hipotecaria
- Quiebra

Médica

- Hijo dependiente sin seguro (es decir, sus padres todavía lo declaran como dependiente y usted no tiene cobertura)
- Tiene cobertura de una Organización de Servicios (AmeriCorps, VISTA, NCCC)
- Habría cumplido con los requisitos para Medicaid si su estado se hubiera expandido, pero no lo ha hecho

Personal

- Al cuidado de un familiar enfermo, discapacitado o anciano
- Sufrió la pérdida reciente de un familiar
- Experimentó un desastre que causó grandes daños a la propiedad-property damage
- Fue víctima de violencia doméstica
- Experimentó otra dificultad para obtener un seguro de salud
- Opciones de cobertura muy caras (las primas menos costosas serían superiores al 8% de sus ingresos anuales)

Declaración de impuestos

- Los ingresos del hogar están por debajo del umbral de la declaración de impuestos (alrededor de \$ 10.000 para un individuo, \$ 20.000 para una familia)
- No tener cobertura durante menos de 3 meses en 2015
- Miembro de un Ministerio Compartido de la Salud (a veces se conocen como “planes de la iglesia”)
- Miembro de una tribu india o con derecho a Servicios de Salud Indígena
- En prisión durante cualquier parte de 2015 (después de haber sido acusado de un delito)

Los asistentes de preparación dentro del Programa VITA de la Dirección General Impositiva (IRS, por sus siglas en inglés) y la AARP fiscales están bien informados sobre los nuevos requisitos de la declaración de impuestos en virtud de la Ley de Asistencia Asequible.

- Los sitios de VITA de la IRS completarán y presentarán las declaraciones impositivas de familias con ingresos por debajo de \$53.000 en forma gratuita.
- La AARP también ofrece ayuda impositiva gratuita. No hay ingresos máximos ni edad mínima. Usted no tiene que ser miembro de la AARP. Diríjase a <http://www.georgiawatch.org/taxmap/> para obtener un mapa de todos los sitios de VITA y AARP en Georgia.

Si cree que podría tener derecho a una exención del Mercado, llame al Mercado al 1-800-318-2596 o diríjase a healthcare.gov/exemptions-tool.

Si reúne los requisitos, recibirá un Número de Certificado de Exención. El NCE se puede encontrar en los resultados de elegibilidad después de presentar su solicitud o bien puede solicitarlo a su representante del Mercado. Guarde este número en sus registros.

Si cree que podría tener derecho a una exención que se reclama en su declaración de impuestos, comuníquese con un profesional impositivo de confianza.

Nota: ¡Usted puede obtener una preparación de impuestos gratuita y confiable!

La Ley de Atención Sanitaria Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) exige que todos tengan seguro de salud. No obstante, algunas personas pueden optar por no adquirir un seguro de salud o no tener la posibilidad de adquirirlo. Algunas personas tendrán que pagar una multa por no tener seguro de salud. Si usted cree que quizás tenga que pagar una multa por no tener seguro, utilice esta hoja de trabajo para calcular a cuánto puede ascender su sanción tributaria.

Calcule su multa para 2017 usando la tabla a continuación.

A la derecha se proveen ejemplos.

<p>1</p> <p>Su ingreso anual \$ _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Realiza su declaración de forma individual? reste \$10,000 _____ • ¿Realiza su declaración como familia? reste \$20,000 _____ <p style="text-align: right;">= _____ LÍNEA A</p> <p>Multiplique por 0,02 _____ x 0.02</p> <p style="text-align: right;">= _____ LÍNEA B</p>	<p>\$ 50,000</p> <p>_____</p> <p>- 20,000 _____</p> <p>= 30,000</p> <p>_____</p> <p>x 0.02 _____</p> <p>= \$ 600</p>
<p>2</p> <p>¿Cuántos adultos hay en su familia? _____</p> <p>Multiplique por \$325 _____ x \$325</p> <p style="text-align: right;">= _____ LÍNEA C</p> <p>¿Cuántos hijos hay en su familia? _____</p> <p>Multiplique por \$162.50 _____ x \$162.50 LÍNEA D</p> <p style="text-align: right;">= _____</p> <p>Agregar Línea C y Línea D _____ LÍNEA E</p>	<p>Para una familia con 1 adulto y 2 hijos:</p> <p>_____ 1</p> <p>x \$325 _____</p> <p>= \$ 325</p> <p>_____ 2</p> <p>x \$162.50 _____</p> <p>= \$ 325</p> <p>= \$ 650</p>
<p>3</p> <p>¿Cuál es mayor? Línea B _____ o Línea E _____ ? El número mayor es su multa calculada.</p>	<p>Línea B <u>\$ 600</u></p> <p>Línea E <u>\$ 650</u></p>

Nota: Esta hoja de trabajo se usa para calcular su sanción tributaria. Su multa real puede ser diferente. Póngase en contacto con un profesional de impuestos de confianza para obtener más información



Formulario de salida de asistencia de inscripción

N° de identificación de la solicitud:

Nombre de usuario:

(su dirección de correo electrónico)

Contraseña:

Preguntas de seguridad/Resp.:

1.

2.

3.

Total de ingresos informados:

Estado de la solicitud:

- Problemas de verificación
- Solicitud NO completada
- Solicitud completada
- Inscripto
- Otro

Mercado de Seguros de Salud

Teléfono

1-800-318-2596

Sitio web

www.healthcare.gov

MI ASISTENTE DE INSCRIPCIÓN:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

DETALLES DEL PLAN SELECCIONADO

Plan de seguro de salud: _____

N° de identificación del plan: _____

N° de teléfono del proveedor: _____

Máximo de gastos /año: _____

Crédito fiscal de la prima anticipada: _____

Prima mensual: _____

Deducible: _____

Cobertura/coseguro: _____

Plan de seguro dental: _____

N° de identificación del plan: _____

N° de teléfono del proveedor: _____

Prima mensual: _____

Deducible: _____

Comentarios:

Ahora que tiene seguro de salud, estas son algunas cosas importantes a tener en cuenta:

Esto incluye un cambio de ingresos (aumento o disminución), un cambio en el tamaño de la familia (nacimiento, muerte, casamiento o divorcio) o una mudanza a otro domicilio. En general, si hay algún cambio en la información que puso en su solicitud, lo debe informar.

Si no informa estos cambios puede ocurrir que adeude dinero cuando presente sus impuestos.

Para informar sobre los cambios de vida, puede iniciar sesión en su cuenta del Mercado y actualizar su información o llamar al Mercado al 1-800-318-2596 para pedir ayuda.

You MUST file a tax return

Si recibió asistencia financiera para ayudarlo a pagar su seguro de salud, DEBE presentar una declaración de impuestos. Esto se aplica incluso si no tiene ningún ingreso gravado. Si no presenta una declaración de impuestos, perderá su asistencia financiera.

Está Cubierto. ¿Ahora Qué?

Obtenga el máximo provecho de su seguro de salud

Nadie planea enfermarse o lesionarse, pero todos necesitan atención médica en algún momento. El seguro de salud ayuda a pagar estos costos y lo protege de las cuentas médicas muy elevadas. También le permite mantenerse saludable antes de enfermarse. Ahora que tiene un seguro de salud, hay algunas cosas que debe hacer para sacar el máximo provecho de su plan de seguro.

1 Pagar su prima

Debe pagar su primera prima antes de que su cobertura esté activa. Puede hacerlo en línea cuando selecciona un plan o por teléfono llamando a la compañía de seguros. Para pagar, necesitará su identificación del plan del seguro. Debe pagar su prima cada mes para mantenerse cubierto.

2 Obtener su tarjeta

Insurance Company Name	
Plan Type	Member Name: Jane Doe
Effective Date	Member Number: XXX-XX-XXXX
	Group Number: XXXXX-XX
	PCP Co-Pay \$15.00
Prescription Group # XXXX	Specialist Co-Pay \$25.00
Prescription Co-Pay	Emergency Room Co-Pay \$75.00
\$15.00 Generic	
\$20.00 Name Brand	Member Service: 800-XXX-XXXX

Su tarjeta de seguro puede lucir diferente al de este ejemplo pero debe tener información similar

Su compañía de seguros le enviará una carta por correo con la información de su plan. Quizás también pueda obtener una tarjeta para imprimir desde la página web de su compañía de seguros. La tarjeta contiene información importante impresa, como el número de su plan, el número del grupo y la información de contacto de la compañía. Es importante que siempre lleve su tarjeta con usted para las citas con el médico.

3 Encontrar un médico

Encuentre un médico que pueda ver cuando necesite atención médica. Es importante encontrar uno que acepte su seguro. Su aseguradora le puede dar una lista de los médicos en su área que aceptan su plan. Si ya tiene un médico que desea mantener, llame a su consultorio y pregunte si aceptan su seguro. Debe verificar con su compañía de seguros y su médico para asegurarse de que el médico esté “dentro de la red”.



Nota: Si necesita más información sobre cómo encontrar un médico o un proveedor de atención primaria, consulte la hoja: **“Cómo encontrar un proveedor de atención primaria”**.

Proveedor de atención médica

Cuando va a ver al médico, va a visitar a su proveedor de atención médica. Los proveedores de atención médica pueden ser médicos, enfermeras o asistentes médicos. Cuando usamos la palabra “médico”, nos referimos a todos estos proveedores. A veces se llaman “proveedores de atención primaria”.

Dentro de la red vs. fuera de la red

Los médicos que están dentro de la red tienen un contrato con su aseguradora de salud. Eso significa que usted paga menos para visitar a los médicos que están “en la red”. Es importante saber si un médico está dentro o fuera de la red. Los servicios de los médicos fuera de la red son más caros para usted.

4 Concierte una cita

Usted puede hacerse un chequeo preventivo cada año en forma gratuita. Durante su chequeo, el médico le hará preguntas sobre su salud, controlará sus signos vitales (como la presión arterial y la frecuencia cardíaca) y posiblemente hará algunas pruebas de rutina para detectar enfermedades. Cuando vaya a su cita, asegúrese de llevar:

- Identificación con fotografía
- Su tarjeta del seguro de salud
- Su historial médico familiar, el médico le hará preguntas al respecto
- Una lista de los medicamentos que está tomando
- Cualquier pregunta que tenga para el médico: ayuda escribirlas para no olvidarse

5 Manténgase sano

Después de su cita, siga las instrucciones de su médico. Es muy importante conseguir los medicamentos que le recetó. Tómelos exactamente como el médico le indicó. Si se enferma o se lesiona durante el año, puede pedir una cita para que lo revisen. A menos que sea una situación de vida o muerte, ir a su médico es mucho más barato que ir a la sala de emergencias.

Términos clave que debe saber

Prima

Una factura mensual que usted paga a su aseguradora de la salud, como cuando paga su factura de electricidad o de agua. Tiene que pagar la prima, incluso si no recibe atención médica ese mes. Si usted no paga esta prima cada mes, puede perder su seguro médico.

Deducible

La cantidad de dinero que debe gastar en sus servicios de atención médica cada año antes de que su plan de seguro médico empiece a pagar parte del costo.

El deducible incluye sus copagos y otros costos que tiene que pagar para recibir atención médica. (No incluye sus primas).

Copago

El monto fijo que usted paga cuando utiliza los servicios de salud, como ir al médico o hacerse un examen de laboratorio. Usted paga una pequeña cantidad cada vez que visita al médico o le extiende una receta. Los diferentes tipos de servicios de salud tienen diferentes copagos. *Nota: Los montos de sus copagos están indicados en su tarjeta del seguro.*

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre el uso de su seguro de salud, por favor comuníquese con Whitney Griggs, Especialista en Educación del Consumidor de Residentes de Georgia para un Futuro Saludable ingresando en WGriggs@healthyfuturega.org o llamando al 404-220-8374.

Por ejemplo: José tiene un deducible de \$ 1000 y tiene que permanecer en el hospital, que cuesta \$ 10.000. Él tiene que pagar \$ 1000 y su seguro paga \$ 9.000.

Coseguro

Una vez que ha pagado el monto de su deducible, su aseguradora de la salud comienza a compartir los costos de su atención médica. El coseguro es su parte de los costos, por lo general de 10 a 30%.

Gasto máximo del propio bolsillo

La cantidad máxima que tendrá que pagar por los servicios de atención médica durante el año si recibe toda su atención médica “dentro de la red.” Una vez que haya llegado a esa cantidad, su seguro de salud paga el 100% de sus gastos médicos. El monto máximo de su gasto de bolsillo comienza cada año.

NOTA: El gasto máximo del propio bolsillo no incluye su prima mensual ni la atención médica “fuera de la red”.

Formulario de medicamentos recetados

La lista de medicamentos recetados aprobados por su aseguradora de salud. La compra de los medicamentos que están en el formulario de su plan le ahorrará dinero. Los formularios utilizan un sistema llamado de “nivel” para categorizar los medicamentos por precio. La siguiente es una clasificación por niveles:



Para tener una mejor idea de los costos de sus medicamentos recetados véase la ficha “Costos de mis drogas del formulario”.

Por ejemplo: Cara necesita una radiografía y su coseguro es 20%. La radiografía cuesta \$1000, de modo que Cara debe pagar \$200.

Encontrar un proveedor de atención primaria

Un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es el médico, auxiliar médico o enfermera especializada que usted visita cuando necesita su chequeo anual, está enfermo o tiene una lesión menor, o si necesita otro tipo de atención sanitaria de rutina y preventiva.

Puede obtener recomendaciones de un proveedor de distintos lugares, incluidos:

- Amigos, vecinos y parientes
- Su dentista, farmacéutico, oftalmólogo, un proveedor anterior u otro profesional de la salud
- Grupos de defensa: Estos pueden ser un recurso especialmente bueno si necesita encontrar el mejor proveedor para una afección crónica o discapacidad específica.

Dentro de la red vs. fuera de la red

Es importante elegir un PCP que esté dentro de la red de médicos de su plan del seguro (conocida como “red interna”). En general, se consigue una mejor oferta cuando utiliza los médicos que están dentro de la red de su plan porque tienen contratos para ofrecerle mejores aranceles. Su plan del seguro podría no pagar nada en absoluto por la atención de un proveedor fuera de la red, lo que significa que usted podría pagar mucho más.



Para encontrar los nombres de médicos locales que están dentro de la red de su plan del seguro, usted puede:

- Comunicarse con su aseguradora por teléfono. El número está en la parte de atrás de su tarjeta del seguro
- Buscar el “Directorio de Proveedores” en el sitio web de su aseguradora
- Mirar en el folleto o en el directorio de su aseguradora para ver cuáles proveedores aceptarán su plan. (The most up-to-date directory is on your insurance company’s website. They may also send it to you in the mail.)
- Llamar al consultorio de su médico y preguntar:
 1. ¿Aceptan mi seguro?
 2. ¿Está dentro de la red de mi plan?

Su aseguradora puede asignarle un proveedor de atención primaria. No obstante, si a usted no le agrada la persona que le han asignado, por lo general, puede cambiar. Comuníquese con su compañía de seguros para averiguar cómo hacerlo.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA

Cuando va a ver al médico, está visitando a su proveedor de atención sanitaria. Los proveedores de atención sanitaria pueden ser médicos, enfermeras o auxiliares médicos. Cuando utilizamos la palabra “doctor,” nos referimos a todos estos proveedores. A veces se denominan “proveedores de atención primaria”.

Consejo sobre costos:

Si necesita ver a un especialista, requiere un tratamiento especializado o un dispositivo médico, es posible que tenga que obtener la aprobación de su compañía de seguros. Esto se llama autorización previa. La autorización previa significa que su aseguradora de salud debe decidir si el servicio, tratamiento o dispositivo es necesario desde el punto de vista médico antes de pagar por ello. Antes de recibir un servicio especializado, debe comunicarse con su aseguradora de salud para ver si el servicio requiere autorización previa. Esto lo ayudará a ahorrar dinero en el largo plazo. Cuando pregunte acerca de la autorización previa, asegúrese de preguntar también:

- ¿Cuántas visitas o tratamientos tiene aprobadas?
- ¿Necesita una nueva aprobación para cada visita o tratamiento?

Seleccionar un médico

Llame al consultorio del médico para averiguar las cosas que son importantes para usted. Algunas cosas que podría querer preguntar:

- ¿Acepta nuevos pacientes?
- ¿El proveedor habla su idioma? De no ser así, ¿hay alguien que lo hable entre el personal?
- ¿Cuál es el horario de atención? ¿Trabaja en ese horario?
- ¿Cómo puede obtener respuesta a sus preguntas fuera de ese horario?
- ¿Está cerca el proveedor? ¿Su consultorio es de fácil acceso? ¿Cómo llegaría hasta allí?
- ¿El proveedor tiene consultorio en muchos lugares? De ser así, ¿no le incomoda que quizás tenga que ir a un lugar diferente?
- ¿En qué hospitales trabaja el proveedor y puede usted llegar allí?

Tenga en cuenta que quizás tenga que ir a más de una visita para encontrar el proveedor que sea adecuado para usted.

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor en su área que acepte Medicaid o PeachCare for Kids™?

Llame a POWERLINE al 1-800-300-9003

Atendida por la Coalición de Madres Saludables, Bebés Saludables de Georgia, POWERLINE tiene la lista más completa de recursos de salud disponibles para todos los condados de Georgia. Esta lista incluye a proveedores que aceptan pacientes de Medicaid o PeachCare. También incluye a proveedores que ofrecen bajos costos u honorarios de escala variable por sus servicios.

Tipos de proveedores de atención primaria

Médico de familia

Este tipo de médico se centra en el tratamiento de las necesidades generales de salud de toda la familia. Los médicos de familia atienden a personas de todas las edades, desde bebés hasta ancianos.

Doctor en medicina interna (internista)

Este tipo de médico se centra en el tratamiento de enfermedades específicas que se producen principalmente en los adultos, como la enfermedad cardiovascular y la diabetes. Los internistas sólo atienden adultos, por lo general mayores de 18 años.

Pediatra

Este tipo de médico trata las necesidades de salud de los niños, tanto para la salud preventiva (por ejemplo: vacunas y chequeos de bienestar) como para las enfermedades. Los pediatras atienden a los niños desde recién nacidos hasta los 21 años.

Los Médicos de Familia y los Doctores en Medicina Interna pueden tratar diversas enfermedades y afecciones. También pueden realizar exploraciones médicas y exámenes físicos, brindar atención primaria, para el bienestar y prevención de la salud.

Servicios Preventivos

¡Dese el gusto!

La mayor parte de la atención preventiva de la salud es GRATIS para usted.

Los servicios de “atención preventiva” son los servicios para el cuidado de la salud diseñados para mantenerse saludable y evitar enfermedades.

La mayoría de los cuidados preventivos están totalmente cubiertos por su plan del seguro de salud. Eso significa que usted no tiene que pagar nada por ello. Manténgase saludable y pregunte a su médico cuál de estos servicios preventivos puede necesitar.

Estos son algunos ejemplos de los cuidados preventivos:

- Físico anual
- Examen de rutina para mujeres (su visita anual al ginecólogo)
- Control de la natalidad
- Vacuna contra la gripe y otras
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes
 - Virus del papiloma humano (HPV)
 - Meningitis
 - Neumonía
 - Tétano, Difteria, Tos ferina (TDaP)
 - Varicela
- Controles de la presión sanguínea
- Mamografías
- Colonoscopías
- Ayuda para dejar de fumar
- Asesoramiento nutricional y ayuda para perder peso
- Apoyo para la lactancia
- Examen de ITS (Infección de transmisión sexual)
- Detección de VIH

Usted no tendrá que pagar nada por estos servicios, siempre y cuando sean parte de su examen de rutina para mujeres o de su chequeo anual. No obstante, es importante señalar que si el servicio preventivo no es la razón principal por la que consulta al médico, es posible que reciba una factura por la visita.

Lista completa de atención preventiva gratuita

Puede encontrar una lista completa de cuidados preventivos gratuitos en www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/.

Reclamos y apelaciones del seguro de salud

Usted tiene un seguro de salud para que lo ayude a pagar los servicios de atención médica que necesita y para protegerse de las facturas médicas elevadas. A veces, usted y su compañía de seguros pueden estar en desacuerdo sobre lo que corresponde pagar a usted y a la compañía. Si su aseguradora de salud no va a pagar por algo que usted cree que está cubierto, usted tiene derecho a apelar. Las aseguradoras deben informarle por qué han negado su reclamo o terminado su cobertura. La siguiente información lo ayudará a presentar una apelación a su aseguradora o a presentar una demanda en su contra.

COMIENZE
AQUÍ

Se presenta un reclamo a su aseguradora de salud

Cuando va al médico u obtiene un medicamento de la farmacia, usted o su médico presentan un reclamo a su compañía de seguro de salud. A menudo, su médico o farmacéutico lo hace automáticamente. A veces, usted tendrá que presentar el reclamo completando un formulario y enviándolo a su aseguradora.



El seguro pagará el reclamo

La mayor parte del tiempo, su aseguradora pagará el reclamo. Esto significa que enviarán dinero al médico si presentó el reclamo, o se lo enviarán a usted si usted ya pagó por su atención sanitaria. ¡Eso es todo! No tiene que hacer nada más.

La aseguradora dice “No”

A veces, su aseguradora de la salud dirá que “No” a un reclamo o solamente pagará una parte. Si ese es el caso, usted tiene el derecho de apelar. Hay dos tipos de apelaciones: apelación interna y revisión externa.



Presentación de una apelación interna

Véase la página siguiente

RECLAMO

Un reclamo es el proceso formal para solicitar a su compañía de seguros que pague por un servicio de atención médica que ha recibido.

APELAR

“Apelar” significa solicitar a la compañía de seguros que reconsidere su decisión.



Presentación de una apelación interna

Si su aseguradora no va a pagar su reclamo o cancela su cobertura del seguro, usted puede presentar una **apelación interna**.

En primer lugar, pregunte a su aseguradora cómo presentar una apelación interna. Siga las instrucciones de su aseguradora. O puede escribir una carta a la compañía. Si escribe una carta, incluya su nombre, número de reclamo y el número de identificación del seguro de salud. Con sus formularios o carta, incluya cualquier información adicional que usted desee que la compañía de seguros conozca, como una carta de su médico.



Su aseguradora cambia de idea y paga el reclamo

Si su aseguradora cambia de idea y paga el reclamo, entonces usted no tiene que hacer nada más. ¡Su apelación fue un éxito!



Su aseguradora todavía dice “No” a su reclamo

Si su aseguradora todavía dice “No” a su reclamo, usted puede solicitar una revisión externa. Si tiene una necesidad médica urgente, puede solicitar una revisión externa al mismo tiempo que su apelación interna.



Pedir al Departamento de Seguros de Georgia (DOI) que haga una Revisión Externa

Usted debe solicitar una revisión dentro de los 60 días posteriores a haber recibido los resultados de su apelación interna. (Algunas aseguradoras le permiten tener más tiempo. Su notificación de apelación interna debe brindarle esta información.)

Para solicitar una revisión externa, vaya a:
www.oci.ga.gov/consumerservice/complaintprocess.aspx.



Departamento de Seguros de Georgia tomará una decisión final

El DOI tomará una decisión final. La decisión podrá:

1. Apoyar la negativa de la aseguradora de salud. Si ese es el caso, usted debe pagar por el reclamo;
- O
2. Apoyar su reclamo y hacer que la compañía lo pague. Su aseguradora está obligada por ley a acatar la decisión del DOI.

APELACIÓN INTERNA

Durante una apelación interna, su aseguradora revisará su decisión de manera justa y completa. Usted tiene hasta 6 meses (180 días) desde que se entera que su reclamo fue negado para presentar una apelación interna.

APELACIÓN EXTERNA

Una revisión externa significa que el Departamento de Seguros de Georgia (DOI) evalúa su reclamo y decide si la aseguradora debe pagar por ello.

Usted tiene otras opciones

Presentar una demanda

El trabajo del Departamento de Seguros de Georgia (DOI) es proteger a los residentes de Georgia cubiertos por el seguro al trabajar con gente como usted y con las aseguradoras. Usted puede presentar una demanda ante el Departamento de Seguros (DOI) si considera que su aseguradora está haciendo algo mal. También puede presentar una demanda si:

- Tiene un problema con sus primas (por ejemplo: su prima sube mucho y muy rápidamente)
- No puede encontrar un médico que acepte su seguro
- Cree que su cobertura ha sido cancelada sin razón

Si desea presentar una demanda, vaya a: oci.ga.gov/ConsumerService/complaintprocess.aspx. Después de completar el formulario en línea, esto es lo que va a pasar:

1. El DOI enviará una copia de su demanda a la aseguradora. El DOI pedirá a la compañía que responda a la demanda. La compañía tendrá que proporcionar documentos y detalles relacionados con su demanda.
2. El DOI examinará todos los documentos presentados por la aseguradora y luego decidirá si la aseguradora actuó correctamente.
3. El DOI también determinará si la aseguradora violó alguna ley. Si es así, se asegurará de que la compañía de seguros solucione el problema.

Estos son algunos consejos para ayudarlo a resolver sus problemas del seguro de salud:

- * Sea un socio activo en el proceso de tramitación de reclamos del seguro de salud. Las aseguradoras a menudo necesitan más información médica o acerca de usted para procesar un reclamo. Si su aseguradora le pide información, envíe lo que le piden. Además, guarde una copia de la información que envió.
- * Si su aseguradora de salud se niega a pagar por un tratamiento recomendado o en curso porque la aseguradora determina que el tratamiento no era necesario o apropiado desde el punto de vista médico, su póliza del seguro de salud describe el proceso de apelación que puede seguir.
- * Al decidir sobre un plan de seguro médico es importante entender realmente qué servicios médicos cubre el plan. Cuando usted está por contratar el seguro, cerciórese de que el plan cubra lo que usted piensa que va a necesitar durante el año.

¡Llámenos si necesita ayuda!

Si tiene preguntas sobre cómo apelar o presentar un reclamo, puede ponerse en contacto con Georgians for Healthy Future para obtener ayuda. Puede comunicarse con Pranay Rana, Especialista en Educación del Consumidor, ingresando a prana@healthyfuturega.org o llamando al 404-567-5016, Ext. 4.

La presentación fiscal si tiene un Plan del Seguro de Salud del Mercado

sus siglas en inglés) sobre la cobertura de su seguro de salud. Si usted (o cualquiera en su hogar) adquirió un seguro de salud a través del Mercado del Seguro de Salud (también llamado healthcare.gov), hay información importante que debe conocer antes de presentar sus impuestos a la renta.

El seguro de salud afecta sus impuestos

Si usted adquiere su seguro de salud a través del Mercado, puede obtener ayuda financiera. Esto se llama un Crédito Fiscal por la Prima Anticipada (APTC, por sus siglas en inglés). Piense en el APTC como un cupón que recibe cada mes para bajar el costo de la prima de su seguro de salud. Los APTC solo están disponibles para planes adquiridos a través del Mercado y sus ingresos deben estar dentro de un cierto rango para acceder al mismo.

Si usted cumple con los requisitos para un APTC, puede decidir cuánto de esa cantidad va a usar cada mes. El monto de su crédito fiscal que usted decida utilizar afectará su declaración de impuestos. Por ejemplo, si usted utiliza la totalidad de su crédito fiscal cada mes, es posible que reciba un reintegro menor o incluso que adeude dinero al fisco. Si usted solo utiliza parte de su crédito fiscal disponible, es más probable que obtenga el resto como reembolso fiscal o que deba menos.

Si le preocupa deber dinero, no deje de comunicarse con el Mercado en cualquier momento en que sus ingresos cambien durante el año. De ese modo, pueden ajustar su APTC para cerciorarse de que esté recibiendo el monto correcto.

Tamaño de la	Rango de Ingresos para el próximo Período de Inscripción Abierto (para la cobertura de 2018)
Persona sola	\$12,060 to \$48,240
Familia de 2	\$16,240 to \$64,960
Familia de 3	\$20,420 to \$81,680
Familia de 4	\$24,600 to \$98,400
Familia de 5	\$28,780 to \$115,120

Puede obtener ayuda financiera si su ingreso está dentro de estos montos.

Antes de presentar sus impuestos

Formulario 1095-A

Recibirá un Formulario 1095-A por correo electrónico del Mercado, si usted o alguien de su familia se inscribió en un seguro de salud a través del Mercado. Debería llegar a principios de febrero. También puede descargar el formulario a través de su cuenta del Mercado. El Formulario 1095-A informa a la IRS cuánto recibió del Mercado en Créditos Fiscales de Primas Anticipadas. Recibirá un Formulario 1095-A incluso si solo tuvo cobertura del Mercado durante una parte de 2015.

Importante: NO presente sus impuestos hasta que tenga su Formulario 1095-A.

El Formulario 1095-A incluye:

- Información sobre cualquier miembro de su familia que se inscribió en un seguro de salud a través del Mercado para 2015
- Información sobre las primas mensuales que pagó a su aseguradora de salud
- Información sobre una **prima de referencia** utilizada para decidir su APTC
- El monto de su APTC

Cuando reciba su Formulario 1095-A, cerciórese de que la información en el formulario concuerde con sus registros. Verifique cosas como el número de personas en su hogar y la fecha de inicio y terminación de su cobertura.

Si no ha recibido su Formulario 1095-A a principios de febrero O si piensa que su Formulario 1095-A está incorrecto, llame al Centro de Atención del Mercado al 1-800-318-2596 (Los usuarios de teletipo (TTY) deberán llamar al 1-855-889-4325).

Es posible que reciba más de un Formulario 1095-A. Esto ocurrirá si:

- Alguna persona de su familia cambió de planes en 2015
- Alguna persona de su familia informó cambios de vida (como casarse o tener un bebé) después del comienzo de la cobertura
- Si tenía más de una póliza de seguro de salud que cubría a las personas de su familia en 2015

Cuando esté listo para presentar sus impuestos

Utilizará la información de su Formulario 1095-A para completar otro formulario. El segundo formulario se llama Formulario 8962. (Esto es como cuando utiliza su formulario W2 para completar su declaración del impuesto a la renta.) El Formulario 8962 informa a la IRS el monto del APTC que usted recibió.

Si sus ingresos cambiaron durante el año y usted no lo informó

El monto de su APTC se basa en cuánto dinero usted cree que hará. El monto de su APTC se ajustará para que coincida con sus ingresos reales cuando presente su declaración de impuestos.

- Si su ingreso es menor de lo que usted pensó que sería, podría obtener el reembolso del dinero.
- Si su ingreso es mayor de lo que usted pensó que sería, es posible que deba devolver algo de dinero. Hay una cantidad máxima de dinero que tendrá que pagar por su APTC.

PRIMA DE REFERENCIA

Esta es la prima del plan de Plata con el segundo costo más bajo disponible en su área. Todo lo que necesita saber es que la prima de referencia se utiliza para decidir el monto de su APTC.

Si el dinero que usted hace es... ... esto es lo máximo que tendrá que pagar por sus APTC.

Si presenta sus impuestos como un individuo

Por debajo de \$22.980	\$300
Entre \$22.980 y 34.470	\$750
Entre \$34.470 y 45.600	\$1,250
Más de \$45.960	Ninguna cantidad máxima

Si los presenta en conjunto como pareja casada

Por debajo de \$47.000	\$600
Entre \$47.100 y 70.650	\$1,500
Entre \$70.650 y 94.200	\$2,500
Más de \$94.000	Ninguna cantidad máxima

Si debe dinero, puede devolverlo de distintas maneras. Por ejemplo, si no puede pagar de inmediato, puede cumplir con los requisitos para un plan de pago o un acuerdo de pago en cuotas. Pregunte a su asistente de preparación de impuestos de AARP o VITA de la IRS o a un contador público certificado (CPA) sobre sus opciones.

iUsted puede recibir preparación de los impuestos gratuita y confiable!

Los asistentes de preparación de VITA de la IRS, al igual que los de la AARP, están bien informados sobre los nuevos requisitos para la declaración de impuestos en virtud de la Ley de Asistencia Asequible.

- Los sitios de VITA de IRS completarán y presentarán las declaraciones de impuestos de familias con ingresos por debajo de \$53.000 en forma gratuita.
- AARP también brinda asistencia impositiva gratuita. No hay ingreso máximo ni edad mínima. No tiene que ser miembro de la AARP.

Si recibió un crédito fiscal de prima, ¡DEBE PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS!

Esto es cierto aún si recibe ingresos no gravados, como prestaciones de seguridad social.

Fuente: CBPP, Acceso: <http://www.cbpp.org/files/QA-on-Premium-Credits.pdf>

Diríjase a <http://www.georgiawatch.org/taxmap/> para encontrar un mapa de todos los sitios de VITA y AARP en Georgia.

¿Puedo obtener un crédito fiscal por un Plan del Mercado si mi empleador ofrece cobertura?

Soo si las primas para el plan de menor costo de su empleador son superiores al 9,5 por ciento (%) de sus ingresos familiares.

1 Primero averigüe el 9,5% de sus ingresos familiares.:

Mis ingresos familiares = \$ _____ LINEA A

Multiplicar mis ingresos familiares por 0.095 = _____ LINEA B

Línea B:
9,5% del ingreso
de su familia

2 Luego averigüe sus primas por un año:

La prima mensual por la cobertura de su empleador \$ _____ LINEA C

Multiplicar la prima mensual por 12 = _____ LINEA D

Línea D:
sus primas
de un año

3 ¿Puedo obtener un crédito fiscal?

Compare la línea B (9,5% del ingreso de su familia) y la línea D (sus primas de un año). ¿Cuál número es mayor?

Línea B _____ Línea D _____

Si la línea B es mayor que la línea D:

No, no puedo obtener un crédito fiscal porque mis primas son menos que el 9,5% del ingreso de mi familia.

Si la línea D es mayor que la línea B:

Sí, puedo obtener un crédito fiscal porque mis primas son más que el 9,5% del ingreso de mi familia.

4 Para más información, llamar a:

Pranay Rana
prana@healthyfuturega.org
404-567-5016, Ext 4

