

Fundamentos Básicos del Mercado

Course 4 - Spanish

Topic: 01 | Page: 01



Fundamentos Básicos del Mercado

Salida


Introducción al Curso 1 de 3

Introducción

BIENVENIDO AL CURSO DE
Fundamentos Básicos del Mercado

[Descripción de la imagen o animación](#)



Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

< ATRÁS
SIGUIENTE >

Flash -- Alt Text:

Bienvenido al Curso Fundamentos Básicos del Mercado.

Flash -- Long Description:

Bienvenido al Curso Fundamentos Básicos del Mercado. (Logotipo del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Logotipo del Mercado de Seguros de Salud).

Flash -- Long Description (Directions):

Course_04_splash

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Introducción al Curso

2 de 3

Resumen General

¡Bienvenido a los Fundamentos Básicos del Mercado! Este curso provee un resumen general del Mercado, incluyendo definiciones y funciones clave.

El curso contiene información sobre:

- Definiciones y funciones clave del Mercado Individual y el Mercado para el Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP, por su sigla en inglés).
- Diferencias entre el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP.
- El concepto de los fondos comunes de riesgo y agregación de primas.
- Los Planes de Salud Autorizados (los QHP, por su sigla en inglés), los beneficios esenciales de salud (EHB, por su sigla en inglés), y las categorías de planes de los seguros de salud.

El curso concluye con un examen que evalúa su conocimiento sobre los conceptos tratados durante el curso.

Haga clic en **SIGUIENTE** para comenzar.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Introducción al Curso

3 de 3

Como Navegar este Entrenamiento

Navegación

- Usar los botones de **ATRÁS** y **SIGUIENTE** localizados en la parte inferior de la página para avanzar o retroceder en el módulo.
- Usar el botón de **Menú** localizado en la parte inferior de la página para ir a cualquier otro módulo en el curso.
- Usar los botones de **Recursos** y **Glosario** para información adicional.
- Usar el botón de **Ayuda** para una explicación más detallada sobre los recursos de navegación en este curso.
- Usar el botón de **Salida** localizado en la esquina superior derecha para cerrar este curso. Este curso contiene un recurso de marcación de páginas que le permite salir del curso en cualquier momento y regresar, más tarde, al mismo lugar donde lo dejó.

Sobre este Curso

Este curso no contiene audio. Usted no necesitará altavoces o audífonos, a menos que esté trabajando con tecnología asistencial. Para ayuda con las opciones de accesibilidad, favor de seleccionar el botón de **Ayuda** localizado en la parte inferior de la página.

Este curso contiene evaluaciones o ejercicios de práctica que le ayudará a prepararse para el examen que se requiere tomar al final de cada curso.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

1 de 13

Introducción

El Mercado es el modo en que los consumidores pueden acceder cobertura médica de acuerdo a sus presupuestos y necesidades específicas.

Este entrenamiento le proveerá la habilidad para poder:

- Definir el Mercado
- Identificar las tres maneras en que se puede operar un Mercado
- Distinguir entre el Mercado Individual y el Mercado para el Mercado de Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP, por su sigla en inglés)

Haga clic en **SIGUIENTE** para continuar.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS

SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

2 de 13

Definición del Mercado

El Mercado es un recurso donde los individuos, familias, y pequeños negocios pueden aprender sobre sus opciones de la cobertura médica, comparar planes de seguro de salud a base de costos y beneficios, escoger un plan, e inscribirse en una cobertura médica.

Los planes de seguros ofrecidos en el Mercado se llaman planes de salud autorizados (los QHP). El Mercado certifica cada QHP que se vende en un estado. La certificación de un QHP significa que el plan provee un paquete de beneficios amplios (conocido como beneficios esenciales de salud), cumple con los límites de costos compartidos para consumidores, y cumple con otros requisitos del Mercado.

El Mercado también provee información sobre programas que ayudan a los consumidores a pagar por la cobertura, incluyendo maneras de ahorrar costos relacionados a las primas mensuales y gastos del bolsillo. También provee información sobre programas como Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por su sigla en inglés).

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Consumidor revisando ofertas de programas de seguro de salud

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida


Definición del Mercado y Funciones Clave

3 de 13

Su Función en el Mercado

Usted es responsable de ayudar a los consumidores a tomar decisiones informadas durante el proceso de elegibilidad e inscripción. Debe proveer información a los consumidores sobre la gama completa de opciones de cobertura médica y ayudarles durante el proceso de elegibilidad e inscripción. Usted *no debe* darles sus recomendaciones a los consumidores o hacer determinaciones de elegibilidad e inscripción.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:
Una agente reunida con una clienta

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

4 de 13

Operación del Mercado

El Mercado puede ser operado por el estado, el gobierno federal, o una combinación de ambos. Cada estado escoge como prefiere manejar su Mercado.

- Un estado que maneja su propio Mercado se llama un Mercado Estatal (SBM, por su sigla en inglés).
- Los consumidores en estados que no participan en el Mercado pueden obtener cobertura a través de un Mercado Facilitado por el Gobierno Federal (FFM, por su sigla en inglés). En un FFM, el gobierno federal maneja todas las funciones del Mercado.
- Un estado puede colaborar con el gobierno federal para manejar un Mercado de Alianza Estatal (SPM, por su sigla en inglés). Cuando esto sucede, el gobierno federal maneja algunas, pero no todas las funciones del Mercado.
 - Un estado con un SPM puede escoger ser responsable de las actividades de manejo de planes, las actividades de asistencia al consumidor, o una combinación de ambas.
 - Un SPM es un tipo de FFM.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:

Tres edificios, nombrados de la izquierda a la derecha como: Mercado Estatal, Mercado Facilitado por el Gobierno Federal y Mercado de Alianza Estatal

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

5 de 13

Evaluación

¿Cuáles de las declaraciones siguientes sobre el Mercado son CIERTAS?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. El Mercado es donde los consumidores pueden aprender sobre médicos disponibles en su área y hacer citas médicas.
- B. El Mercado es un recurso donde individuos, familias, y pequeñas empresas pueden aprender sobre sus opciones de seguros de salud.
- C. El Mercado ofrece planes de seguro que se llaman Planes de Salud Autorizados (los QHP).
- D. El Mercado puede ser manejado por el estado, el gobierno federal, o una combinación de ambos.

[✓ Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

6 de 13

Funciones del Mercado

El Mercado ejecuta funciones importantes que incluyen:

- Decidir si los consumidores son elegibles para la inscripción en un QHP.
- Determinar la elegibilidad de los consumidores para asistencia financiera en un QHP a través de un crédito tributario para las primas y/o reducciones de costos compartidos.
- Determinar o evaluar la elegibilidad de los consumidores para su inscripción en Medicaid o CHIP.
- Inscribir a los consumidores en un QHP.
- Supervisar y monitorear compañías de seguro de salud que venden QHP (por ej., para ver si los planes de salud cumplen con los requisitos de certificación).
- Inscribir empleadores elegibles y sus empleados en cobertura a través de un Mercado de seguros SHOP.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Dos agentes reunidos

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

7 de 13

Introducción a la Verificación y el Centro de Servicios de Datos Federales (el Hub)

El Mercado determinará la elegibilidad del consumidor para la cobertura médica y asistencia financiera para un crédito tributario para las primas y/o reducciones de costos compartidos utilizando información de la solicitud del consumidor.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por su sigla en inglés) usan un sistema que se llama el Centro de Servicios de Datos Federales (comúnmente llamado el Hub) para verificar si la información ingresada en la solicitud es correcta. El Hub provee una conexión segura entre los sistemas estatales y federales a las fuentes de confianza para verificar información específica en las solicitudes de los consumidores.

El Hub no es un banco de datos. No retiene ni almacena datos. Es una herramienta para dirigir y enviar información de manera segura desde varios bancos de datos federales a través de redes seguras.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Un formulario en blanco

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

8 de 13

Evaluación

¿Cuál de las siguientes opciones **NO** es una función del Mercado?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. Determinar elegibilidad de consumidores para inscribirse en un QHP
- B. Determinar o evaluar la elegibilidad de un consumidor para inscribirse en Medicaid o CHIP
- C. Inscribir a los consumidores en seguros de salud a base de su trabajo
- D. Inscribir empleadores elegibles y sus empleados en cobertura a través del Mercado de seguros SHOP

 Verifique su respuesta

Reajustar



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

9 de 13

Maneras de Acceder al Mercado

Cada estado tendrá un Mercado para que individuos y los pequeños negocios puedan comprar y obtener cobertura médica.

Hay dos maneras para acceder el Mercado:

- **Mercado Individual** para individuos y familias.
- **Mercado de seguros SHOP** para los pequeños negocios y sus empleados.

Inscripción para cobertura médica a través del Mercado empezará el 1 de octubre de 2013. La cobertura empezará el 1 de enero de 2014 para consumidores que se inscriban antes del 15 de diciembre de 2013 y hagan su primer pago de primas.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Dos letreros de carretera – uno rotulado Mercado de Pequeños Negocios; el otro rotulado Mercado Individual

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

10 de 13

Introducción al Mercado Individual

Los individuos y las familias se pueden inscribir en una cobertura médica a través del Mercado Individual y escoger un plan de acuerdo con sus presupuestos y necesidades específicas.

Además de los individuos y familias, los consumidores que trabajan por cuenta propia y sus familias pueden solicitar y recibir la cobertura en el Mercado Individual. Por ejemplo, un consumidor que maneja un negocio lucrativo, pero que no tiene empleados o sólo emplea a los miembros de su familia, es elegible para recibir cobertura a través del Mercado Individual.

Si se le ofrece al consumidor cobertura a base de su trabajo pero no se les ofrece la misma cobertura a sus dependientes, la familia puede solicitar cobertura en el Mercado Individual.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Solicitud de Seguro

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

11 de 13

Introducción al Mercado de Seguros SHOP

El Mercado de seguros SHOP ayuda a los dueños de pequeños negocios a proveer seguro de salud para sus empleados. La inscripción en el Mercado de seguros SHOP estará disponible para los empleadores con 50 o menos empleados a tiempo completo (FTE, por su sigla en inglés) comenzando el 1 de octubre de 2013 con la cobertura comenzando tan pronto como el 1 de enero de 2014. Los dueños de pequeños negocios en el Mercado de seguros SHOP pueden determinar los costos de las primas que cubrirán para sus empleados. Empezando en 2016, el Mercado de seguros SHOP estará disponible para los empleadores con hasta 100 FTE.

A diferencia del Mercado Individual, los dueños de pequeños negocios y sus empleados que participan en el Mercado de seguros SHOP no pueden calificar para programas del Mercado para reducir sus costos (por ej., créditos tributarios para las primas y reducciones de costos compartidos). Sin embargo, algunos empleadores son elegibles para recibir créditos tributarios para pequeños negocios a través del Mercado de seguros SHOP y así poder ofrecer una cobertura más económica a sus empleados.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una mujer parada frente a un supermercado

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

12 de 13

Evaluación

Para el 2014, ¿cuál de las siguientes opciones representa la diferencia entre el Mercado Individual y el Mercado de seguros del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP)?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. El Mercado Individual es para individuos, mientras que el Mercado de seguros SHOP es para negocios grandes.
- B. El Mercado Individual provee opciones de seguros médicos para individuos calificados y sus familias, mientras que el Mercado de seguros SHOP provee opciones de seguros médicos para los negocios pequeños calificados y sus empleados.
- C. El Mercado Individual se maneja por los estados, mientras que el Mercado de seguros SHOP se maneja por el gobierno federal.
- D. El Mercado Individual provee opciones de seguros médicos para los pequeños negocios calificados y sus empleados, mientras que el Mercado de seguros SHOP provee opciones de seguros médicos para individuos calificados y sus familias.

[Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Definición del Mercado y Funciones Clave

13 de 13

Puntos Clave

- La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio crea el Mercado para ayudar a individuos y los pequeños negocios a buscar cobertura de manera que permita una comparación fácil de opciones de planes disponibles.
- Cada estado puede escoger manejar su Mercado a base de los siguientes modelos: Mercado Estatal, Mercado Facilitado por el Gobierno Federal, o un Mercado de Alianza Estatal.
- Hay dos maneras de acceder el Mercado: el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP.

Usted ha completado este módulo exitosamente.

Haga clic en **SIGUIENTE** para volver al Menú Principal.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

1 de 14

Introducción

Este módulo del curso provee un resumen general del Mercado Individual y el Mercado de Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP). Es importante que entienda la diferencia entre el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP para poder proveer información precisa y objetiva para ayudar a los consumidores de los pequeños negocios y sus empleados a obtener el seguro médico.

Este entrenamiento le proveerá la habilidad de:

- Definir los requisitos de elegibilidad para el Mercado Individual.
- Definir los requisitos de elegibilidad para el Mercado de seguros SHOP.
- Reconocer las diferencias clave entre el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP.

Haga clic en **SIGUIENTE** para continuar.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS

SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

2 de 14

Mercado y Fondos Comunes de Riesgo

El Mercado está abierto a los consumidores independientemente de su historial médico. Si los consumidores que tienen condiciones de salud o enfermedades crónicas fuesen los únicos a inscribirse en una cobertura, las compañías de seguros que participan en el Mercado no tendrían fondos suficientes, provenientes de los consumidores en buenas condiciones de salud, para cubrir los costos de servicio a los consumidores con enfermedades crónicas o graves. Al requerirles a todos que mantengan una cobertura de salud o que paguen una multa, el Mercado es lo suficientemente grande para tener un fondo común de riesgo que consista en una combinación de consumidores de alto y bajo riesgo.

Un "fondo común de riesgo" es el término utilizado para describir un grupo de consumidores cuyos gastos médicos estimados se combinan con el fin de calcular las primas de los seguros médicos. Un grupo de riesgo bien balanceado consiste en un grupo de consumidores grande que rara vez usa los servicios médicos y otro grupo que frecuentemente utiliza los servicios médicos.

Dentro del Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP, las compañías de seguros médicos decidirán cuánto cobrar de primas, basándose en el fondo común riesgo.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Un grupo de personas de edades y etnias diversas

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

3 de 14

Variaciones de las Primas en el Mercado

Los planes privados de seguro de salud disponibles en el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP se llaman planes de salud autorizados (los QHP). Los consumidores que se inscriben en un QHP pagarán una mensualidad fija, o una prima, a la compañía de seguros médicos que ofrece el QHP.

Los consumidores pueden cobrar diferentes primas para el mismo QHP, basándose en un número limitado de factores como la edad, la composición familiar, el área geográfica y el uso de tabaco. La diferencia en las primas se limita a una proporción de 3 a 1 por edad, composición familiar y área geográfica, mientras que se limita a una proporción de 1.5 a 1 por el uso del tabaco. Por ejemplo, las primas para una persona mayor de edad que aún no ha cumplido los 65 años, no puede ser más de tres veces más alta que la prima de un adulto joven o un niño.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una lista de control con los siguientes puntos: edad, composición familiar, área geográfica y uso de tabaco. Cada elemento tiene una marca de verificación.

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

4 de 14

Requisitos de Elegibilidad para el Mercado Individual

Para obtener cobertura a través del Mercado Individual, un consumidor:

1. Tiene que vivir en el área geográfica del Mercado, por lo general un estado.
2. Tiene que ser ciudadano estadounidense o nacional (o residir legalmente).
3. No puede estar encarcelado (a menos que tenga pendiente la disposición de los cargos).

Su función es la de educar a los consumidores sobre cobertura médica, ayudar a los consumidores con sus solicitudes de elegibilidad, y describir las opciones de cobertura médica disponibles. Usted no puede aconsejar a los consumidores sobre cuál plan deben escoger y tampoco puede determinar elegibilidad.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

La palabra Aprobado sellada en azul con el sello al lado de la palabra

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

5 de 14

Evaluación

Elizabeth es una florista local que maneja su propio negocio. Ella viene a usted para saber si es elegible para el seguro médico a través del Mercado Individual. ¿Cuál de las siguientes preguntas le debe hacer a Elizabeth para determinar si puede obtener cobertura a través de un Mercado Individual?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. ¿Es usted ciudadana estadounidense o está presente legalmente?
- B. ¿Es fumadora?
- C. ¿Cuánto ingreso genera su empresa cada año?
- D. ¿Trabaja por cuenta propia?

[✓ Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

6 de 14

Requisitos de Elegibilidad para el Mercado de Seguros SHOP

El Mercado de seguros SHOP ayuda a los pequeños negocios a ofrecer el seguro médico a sus empleados. Para participar en el Mercado de seguros SHOP, un negocio pequeño debe:

- Estar ubicado en un área de servicio del Mercado de seguros SHOP (generalmente un estado).
- Ofrecer cobertura de seguro médico a todos los empleados a tiempo completo, o a los que trabajan un promedio de 30 horas o más por semana.
- Tener por lo menos un empleado elegible en su nómina.
- Tener menos de 50 empleados del equivalente a tiempo completo (FTE) en su nómina en el 2014.

Los pequeños negocios pueden incluir a los empleados a tiempo parcial, pero no a los empleados temporales (los que trabajan menos de 120 días al año) para determinar sus FTE. Por ejemplo, dos empleados a tiempo parcial pueden equivaler a un FTE.

Su función en el Mercado de seguros SHOP es la de educar a los pequeños negocios y sus empleados sobre las opciones disponibles de seguro médico a través del Mercado de seguros SHOP y ayudarlos con las solicitudes de elegibilidad. Usted *no puede* aconsejar a los consumidores sobre cuál plan deben escoger y tampoco puede determinar elegibilidad.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Un cocinero con su personal

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

7 de 14

Créditos Tributarios en el Mercado de Seguros SHOP para Dueños de Pequeñas Negocios

Algunos de los pequeños negocios que participan en el Mercado de seguros SHOP pueden ser elegibles para créditos tributarios por un valorde hasta un 50% de su contribución hacia los costos de primas de sus empleados (hasta el 35% para empleadores exento de impuestos).

Para calificar para el crédito tributario de pequeños negocios, un empleador debe:

- Tener un promedio de menos de 25 empleados FTE (basado en 40 horas por semana y excluyendo a los dueños de las empresas, miembros de sus familias y empleados temporales).
- Tener un promedio anual de salarios de los empleados de menos de \$50,000.
- Pagar el mismo porcentaje (un mínimo de 50%) del costo de la cobertura médica individual por cada empleado.

El crédito tributario es más alto para compañías con menos de 10 FTE a quienes les pagan un promedio de \$25,000 o menos. En términos generales, mientras más pequeño el negocio, más grande el crédito tributario.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Un cheque del Departamento del Tesoro encima de un formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

8 de 14

Mercado de Seguros SHOP: Fondos Comunes de Riesgo

Tradicionalmente, le ha sido difícil a los pequeños negocios ofrecer cobertura asequible a sus empleados porque su fondo común de riesgo no era suficientemente amplio. El Mercado de seguros SHOP crea un fondo común de riesgo amplio que distribuye el riesgo a través de varios pequeños negocios. Esto diversifica el riesgo para compañías de seguros médicos cuando algunos miembros del Mercado de seguros SHOP utilizan más servicios médicos que otros. Con más margen de riesgo previsible distribuido a través de muchos empleadores, las compañías de seguros médicos pueden hacer planes médicos más asequibles al bajar las primas para muchos de los pequeños negocios y sus empleados.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS](#) [SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Tres personas de edades variadas en un lugar de trabajo

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

9 de 14

Mercado de Seguros SHOP: Requisito Mínimo de Inscripción



En muchos estados, por lo menos 70% de empleados dentro de un pequeño negocio que ofrece cobertura deben inscribirse para que los empleados puedan comprar cobertura a través del Mercado de seguros SHOP. Es importante comprender quién cuenta o no en este cálculo. Los empleados que compran su propia cobertura médica, no-grupal y privada, se incluyen en este cálculo. Los empleados que tienen cobertura a través de otro trabajo, Medicare, Medicaid, o programas militares o de veteranos, no están incluidos en este cálculo para el requisito del índice de participación mínima.

Este porcentaje de empleados que deben inscribirse para cumplir con el requisito del índice de participación mínima puede variar por estado. Verifique cuales son los requisitos de participación en el estado donde usted trabaja.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Un lápiz encima de un formulario que dice, en la parte superior, Cobertura de Créditos Tributarios

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

10 de 14

Mercado de Seguros SHOP: Contribuciones de Primas

En 2014, los pequeños negocios van a poder escoger un QHP para ofrecerlo a sus empleados. Los empleadores establecerán el porcentaje del costo del QHP para contribuir hacia las primas de los empleados. También podrán determinar cómo los empleados van a pagar su porción de la prima.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Una mano escribiendo un cheque

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

11 de 14

Evaluación

Duane es dueño de un taller de reparación de autos y está interesado en comprar cobertura para sus empleados en el Mercado para el Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP). ¿Cómo describiría la característica principal del Mercado de seguros SHOP?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. El Mercado de seguros SHOP crea un fondo común de riesgo más amplio entre los pequeños negocios.
- B. El Mercado de seguros SHOP ofrece flexibilidad a los pequeños negocios en cuanto a la cantidad que contribuyen hacia las primas..
- C. Las primas del Mercado de seguros SHOP no pueden ser diferentes a base del historial médico de un empleado.
- D. Los consumidores que trabajan por cuenta propia pueden obtener cobertura médica a través del Mercado de seguros SHOP.

[✓ Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

12 de 14

Diferencias Clave entre el Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

El Mercado Individual y el Mercado SHOP ejecutan las mismas funciones principales como vender los QHP. Sin embargo, hay unas diferencias clave.

Mercado Individual	Mercado de Seguros SHOP
El Mercado Individual recopila y verifica información de elegibilidad de los consumidores y sus familias , determina su elegibilidad para la inscripción en un QHP, y ayuda con la inscripción.	El Mercado de seguros SHOP recopila y verifica información de elegibilidad de pequeños negocios y sus empleados , determina su elegibilidad para la inscripción en un QHP, y ayuda con la inscripción.
Los consumidores y sus familias pueden calificar para créditos tributarios para las primas o reducciones de costos compartidos para ayudarles a obtener una cobertura más económica.	Los créditos tributarios para las primas y las reducciones de costos compartidos no están disponibles para empleados y sus dependientes inscritos a través del Mercado de seguros SHOP. Como alternativa, algunos pequeños negocios serán elegibles para un crédito tributario para pequeños negocios por un valor de hasta 50% del costo de sus primas.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

13 de 14

Evaluación

¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas sobre el Mercado Individual y el Mercado de seguros SHOP?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A.** Ambos tanto el Mercado Individual como el Mercado de seguros SHOP, ofrecen planes de salud autorizados (los QHP), recopilan y verifican información de elegibilidad, determinan la elegibilidad para la inscripción en un QHP y procesan inscripciones.
- B.** Solamente el Mercado de seguros SHOP ofrece planes de salud autorizados (los QHP), recopila y verifica información de elegibilidad, determina la elegibilidad para inscribirse en un QHP y procesa inscripciones.
- C.** Solamente el Mercado Individual ofrece créditos tributarios para las primas y las reducciones de costos compartidos para ayudar a algunos individuos y sus familias a obtener cobertura.
- D.** Solamente el Mercado de seguros SHOP ofrece créditos tributarios por un valor de hasta un 50% de los costos de las primas.

[✓ Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Mercado Individual y el Mercado de Seguros SHOP

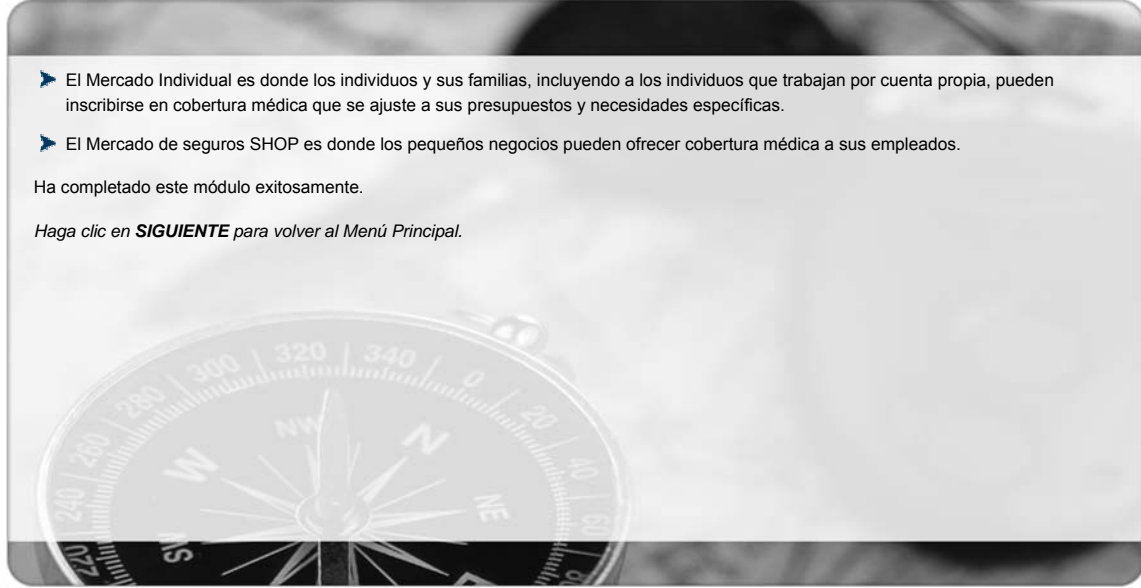
14 de 14

Puntos Clave

- El Mercado Individual es donde los individuos y sus familias, incluyendo a los individuos que trabajan por cuenta propia, pueden inscribirse en cobertura médica que se ajuste a sus presupuestos y necesidades específicas.
- El Mercado de seguros SHOP es donde los pequeños negocios pueden ofrecer cobertura médica a sus empleados.

Ha completado este módulo exitosamente.

Haga clic en **SIGUIENTE** para volver al Menú Principal.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

1 de 11

Introducción

Este entrenamiento provee información básica acerca de los planes de salud autorizados (los QHP). Esto le ayudará a responder las preguntas que los consumidores puedan tener con respecto a las opciones de cobertura médica en el Mercado.

Este entrenamiento le proveerá los conocimientos necesarios para:

- Definir los QHP.
- Enumerar los beneficios esenciales de salud (EHB) requeridos por los QHP.
- Identificar las diferentes categorías de planes médicos.

Haga clic en **SIGUIENTE** para continuar.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS

SIGUIENTE ▶

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

2 de 11

Resumen General de los Planes de Salud Autorizados

Un QHP es un plan de salud que está certificado por el Mercado, provee beneficios esenciales de salud (EHB), y sigue los límites establecidos para los costos compartidos, como los deducibles, copagos, y cantidades máximas de gastos del bolsillo. Es posible, que los QHP tengan que cumplir con otros requisitos específicos del estado.

El Mercado certifica que cada QHP se basa en los siguientes criterios:

- El plan de salud es vendido por una compañía de seguros médicos que tiene licencia y buena reputación en el estado donde el plan se vende.
- El plan de seguro es vendido por una compañía de seguros médicos que ofrece por lo menos un plan de Plata y un plan de Oro a través del Mercado.
- El plan de salud incluye un paquete mínimo de beneficios, conocido como beneficios de salud esenciales (EHB).
- El plan de salud cumple con los requisitos de no-discriminación y de adecuación de redes.
- La prima del plan de salud es la misma independientemente si se vende dentro o fuera del Mercado.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Formulario de Explicación de Beneficios

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

3 de 11

Evaluación

¿Con cual de los siguientes criterios tiene que cumplir un plan de salud autorizado (QHP) para estar certificado?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. Ser vendido por una compañía de seguros de salud que ofrece por lo menos un plan de Plata y un plan de Oro a través del Mercado.
- B. Incluir en su cobertura los beneficios esenciales de salud (EHB).
- C. Ofrecer la misma prima independientemente que el plan se venda dentro o fuera del Mercado.
- D. Ofrecer primas más altas para planes vendidos dentro del Mercado que para planes vendidos fuera del Mercado.

[✓ Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

4 de 11

Beneficios Esenciales de Salud

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio garantiza que los planes vendidos tanto dentro como fuera del Mercado, ofrezcan paquetes amplios de productos y servicios conocidos como beneficios esenciales de salud o EHB.

EHB debe incluir productos y servicios provenientes de por lo menos las siguientes 10 categorías:

- Servicios ambulatorios al paciente (por ej., visitas médicas y clínicas)
- Servicios de emergencia (por ej., ambulancia, primeros auxilios, unidades de rescate)
- Hospitalización
- Atención por maternidad y cuidados a recién nacidos
- Servicios de salud mental y servicios de trastorno de abuso de drogas incluyendo tratamiento de salud cognitiva
- Medicamentos recetados
- Aparatos y servicios de rehabilitación y habilitación (por ej., secciones de terapia, silla de ruedas y oxígeno)
- Servicios de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas (por ej., exámenes de presión sanguínea e inmunizaciones)
- Servicios pediátricos, incluyendo cuidado dental y de visión



Los planes médicos tienen que ofrecer beneficios en estas categorías para ser certificados y vendidos en el Mercado. Todos los planes Medicaid también tienen que ofrecer estos servicios comenzando en el 2014.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

Graphic -- Alt Text:
Doctor examinando a una niña joven

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

5 de 11

Evaluación

En este momento Juan no tiene seguro de salud y le pregunta qué tipo de beneficios y cobertura ofrecen los planes de salud en el Mercado. Usted le dice que el mismo paquete de beneficios esenciales de salud (EHB) se requiere en planes tanto dentro como fuera del Mercado. ¿Cuál de los siguientes NO se incluye en las categorías EHB que describe?

Seleccione la respuesta apropiada y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A. Cuidado dental para adultos
- B. Servicios de emergencia
- C. Hospitalización
- D. Servicios de paciente ambulatorio


[Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS](#) [SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado


Salida

Planes de Salud Autorizados
6 de 11

Categorías de Planes Médicos



[Descripción de la imagen o animación](#)



Menú
Ayuda
Glosario
Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶

 Flash -- Alt Text:

Un gráfico interactivo de 4 monedas o metales estirados a través de la pantalla.

 Flash -- Long Description:

Un gráfico interactivo de 4 monedas o metales estirados a través de la pantalla. Cada moneda tiene un color que representa un metal, de izquierda a derecha: Bronce, Plata, Oro y Platino. Al seleccionar cada moneda, las otras monedas cambian a gris y el texto aparece estirado sobre las cuatro monedas.

Los planes médicos en el Mercado están separados en cuatro categorías de planes de médicos: Bronce, Plata, Oro y Platino. Estas categorías de planes médicos están basadas en el valor actuarial (AV, por su sigla en inglés.) AV es el porcentaje de los costos promedio totales de los beneficios que el plan cubrirá. Las categorías de los planes médicos no reflejan la calidad o la cantidad del cuidado que los planes proveen.

Seleccione cada imagen a continuación para ver el porcentaje del AV de cada nivel del plan. Debe hacer clic en cada imagen antes de pasar a la siguiente pantalla.

El texto para cada moneda es:

Bronce: 60% AV (el distribuidor QHP paga un promedio, 60% de los costos de la cobertura EHB)

Plata: 70% AV (el distribuidor QHP paga un promedio 70%, de los costos de la cobertura EHB)

Oro: 80% AV (el distribuidor QHP paga un promedio, 80% de los costos de la cobertura EHB)

Platino: 90% AV (el distribuidor QHP paga un promedio, 90% de los costos de la cobertura EHB)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

7 de 11

Descripciones de los Valores Actuariales

Las categorías de los planes médicos que los consumidores eligen afectan la cantidad que ellos probablemente gasten en un EHB durante el año. Los consumidores que eligen planes de categorías superiores (por ej., Oro o Platino) pagarán primas mensuales más altas en promedio, pero pagarán menos en gastos compartidos (por ej., deducibles, coaseguros y copagos).

Por ejemplo, si un plan tiene un AV de 70%, en promedio, el consumidor sería responsable por 30% del costo de los beneficios cubiertos. Sin embargo, los consumidores podrían ser responsables por un mayor o menor porcentaje del costo total de los servicios cubiertos en el año, dependiendo de sus necesidades médicas actuales.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

8 de 11

Evaluación

Maxine elige un plan Bronce. Ella le pide que describa lo que su selección significa en términos de los costos de cuidado de salud y el nivel de cobertura que recibirá. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el plan Bronce son ciertas?

Seleccione **todas las que apliquen** y haga clic en **Verifique su respuesta**.

- A.** La compañía de seguro paga, en promedio, un 60% del costo de los beneficios esenciales de salud (EHB) del consumidor.
- B.** Por lo general, un plan Bronce tendrá primas mensuales más altas, pero costos del bolsillo más bajos que los planes de Plata, Oro y Platino.
- C.** Por lo general, un plan Bronce tendrá primas mensuales más bajas, pero costos del bolsillo más altos que planes de Plata, Oro o Platino.
- D.** La compañía de seguro de salud, paga, en promedio, un 90% del costo de los EHB del consumidor.

[Verifique su respuesta](#)[Reajustar](#)[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

9 de 11

Planes Dentales Independientes

La cobertura dental para adultos no es parte del EHB y por lo general no va a ser un beneficio ofrecido por un QHP. Como una alternativa, los consumidores pueden comprar un plan dental independiente a través del Mercado.

El cuidado dental pediátrico es una categoría del EHB y puede ser ofrecido en el Mercado como parte de un QHP o como un plan dental pediátrico independiente.

El Mercado solo ofrecerá los QHP, incluyendo planes dentales independientes, que cubren servicios dentales pediátricos. Cada estado tiene un plan de referencia que sirve como base para los servicios que un QHP tiene que cubrir como EHB. Si el plan de referencia del estado carece de cobertura dental pediátrica o cobertura de visión, tiene que ser suplementado con el Programa de Seguro Dental y de la Vista para Empleados (FEDVIP, por su sigla en inglés), un plan dental de vista pediátrico, o el plan independiente del estado el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) si es que uno existe. Los servicios pediátricos son obligatorios para los menores de 19 años de edad, pero los estados tienen la flexibilidad para exigir cobertura a los consumidores mayores de edad.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

[◀ ATRÁS](#)
[SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Un niño con la boca abierta mientras un dentista lo trata

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

10 de 11

Cobertura de Medicamentos Recetados

La cobertura de los medicamentos recetados es una categoría del EHB. Asegúrese de hablar con los consumidores acerca de sus medicamentos recetados. Es probable que los consumidores estén más interesados en elegir un plan que ofrece copagos económicos para sus medicamentos, especialmente si dependen de sus medicamentos para tratar condiciones crónicas y necesitan comprarlos frecuentemente y a largo plazo. Usted podría tener que revisar el formulario del QHP y los niveles de los medicamentos con el consumidor para garantizarles que el QHP escogido cubre los medicamentos que ellos necesiten.

[Menú](#)[Ayuda](#)[Glosario](#)[Recursos](#)[◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶](#)

 Graphic -- Alt Text:

Una farmacéutica revisando una lista de medicamentos

Fundamentos Básicos del Mercado

Salida

Planes de Salud Autorizados

11 de 11

Puntos Clave

- ▶ Los consumidores en el Mercado tienen la opción de escoger los QHP que están certificados por el Mercado.
- ▶ Todos los QHP tienen que cubrir un paquete amplio de productos y servicios, conocidos como los beneficios esenciales de salud o EHB.
- ▶ Existen cuatro categorías de planes médicos: Bronce, Plata, Oro y Platino.

Usted ha completado este curso exitosamente.

Haga clic en **Salida** para salir del curso y tomar el examen de los Fundamentos Básicos del Mercado. Una vez que haya comenzado el examen, usted debe completarlo. Si es necesario detener para y volver más adelante, su progreso no se guardará. Usted tendrá que comenzar desde el principio.



Menú

Ayuda

Glosario

Recursos

◀ ATRÁS SIGUIENTE ▶