

Protéjase: Información sobre seguros de salud privados y gubernamentales

El seguro de salud es una necesidad, pero si no tiene acceso a un seguro asequible por medio del trabajo o Medicare, le puede ser problemático determinar dónde obtener cobertura, seleccionar el plan adecuado y pagar sus primas y otros costos.

Esta publicación explica las diversas fuentes de seguro de salud individual (no de "grupo"), cómo comprar cobertura y sus opciones para la atención médica si tiene ingresos muy bajos.

Planes de atención médica del Mercado de Seguros Médicos

El Mercado de Seguros Médicos (conocido en inglés como Health Insurance Marketplace) es un servicio creado bajo la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act o "Obamacare") para asistir en la compra e inscripción en planes de seguro médico asequibles. El gobierno federal opera el Mercado o "Marketplace" central en HealthCare.gov, aunque algunos estados manejan sus propios mercados (también conocidos en inglés como "exchanges"). Puede acceder a estos servicios de compras e inscripción a través de sitios web, centros de llamadas y en persona.

El Mercado de Seguros Médicos ofrece algunas ventajas importantes para los consumidores que necesitan cobertura.

Una de ellas es la posibilidad de calificar para recibir asistencia financiera para que el seguro sea más asequible. El primer tipo de asistencia es un crédito tributario para el pago de la prima, conocido en inglés como "Advance Premium Tax Credit". Este crédito tributario se puede aplicar directamente a sus primas mensuales de seguro, reduciendo el costo mensual de la cobertura inmediatamente.

El segundo tipo de asistencia es el subsidio de costos compartidos, conocido en inglés como "cost-sharing subsidy" (disponible sólo en los planes de nivel "Plata", véase más adelante).

Protecciones de consumidor que requiere la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act o ACA):

- Que las compañías de seguro le vendan cobertura
- Precios justos y sin aumentos irrazonables
- Que se le permita seleccionar su médico de atención primaria
- Cobertura en la póliza de los padres para menores de 26 años
- Que no apliquen límites anuales o de por vida en beneficios
- Que no apliquen exclusiones o límites de beneficios por condición médica preexistente
- Que no ocurran cancelaciones arbitrarias
- Que no se impongan barreras por servicios de emergencia
- Servicios de salud preventivos sin costo

Este subsidio reduce los costos de su bolsillo (deducibles, copagos, coseguros y máximos de bolsillo) cuando visita a un médico o está hospitalizado. (Los copagos son cargos fijos que usted debe pagar cuando recibe atención médica. El coseguro es un porcentaje del costo del servicio que debe pagar después de haber satisfecho el deducible. El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos, exceptuando servicios preventivos gratuitos, antes de que la compañía de seguro pague su parte. El máximo aporte de su bolsillo es la mayor cantidad que podría tener que pagar en un año del plan, sin incluir las primas, antes de que su seguro pague el 100% de los servicios cubiertos.)

La única manera de obtener estos ahorros es inscribiéndose en un plan del Mercado o Marketplace (del gobierno federal o estatal); no están disponibles en los planes comprados fuera del Mercado de Seguros Médicos federal (ni fuera de los mercados estatales o “exchanges”).

Puede comprar cobertura a través del Mercado incluso si sus ingresos no lo califican para recibir créditos fiscales o subsidios. Una ventaja sería saber que todos los planes ofrecidos cuentan como “cobertura de salud calificada” (también conocida como “cobertura esencial mínima”), lo que significa que cumplen con todos los requisitos de la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act) (ver recuadro), incluso el de proporcionar diez beneficios de salud esenciales (<https://familiesusa.org/blog/10-essential-health-benefits-insurance-plans-must-cover>).

Compra de cobertura en el Mercado de Seguros Médicos

El Mercado federal se encuentra en HealthCare.gov (<https://www.healthcare.gov/>). El sitio web federal lo dirigirá al mercado de su estado, si existe, o lo puede encontrar aquí: <https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/>.

Para comprar a través del Mercado, usted:

- Debe ser ciudadano o nacional, o ser residente legal de Estados Unidos (<https://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/>)
- No debe estar encarcelado
- No debe calificar para recibir los beneficios de Medicare

Cualquiera que califica para comprar un seguro a través del Mercado puede hacerlo durante el período de inscripción abierta o “Open Enrollment” (normalmente un período de uno a dos meses a finales de cada año). Fuera de este período de inscripción abierta, puede obtener o cambiar la cobertura solo si califica para Medicaid o para el programa de seguro médico para niños Children’s Health Insurance Program (ver más abajo para obtener detalles) o si ha tenido un “evento de vida calificado” que lo califica para participar en la “inscripción especial” o “Special Enrollment” (por ejemplo, pierde la cobertura de salud patrocinada por su empleo, se muda del área



de servicio de su aseguradora, se casa o tiene un nuevo hijo). (Véanse detalles en <https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/>. Averigüe si califica para obtener o cambiar su cobertura de atención médica en <https://www.healthcare.gov/screener/>.) Si califica para la inscripción especial, normalmente tiene hasta 60 días después del evento calificado para inscribirse en un plan. Si pierde esa oportunidad, tendrá que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Los planes que se ofrecen en el Mercado se clasifican en cuatro niveles de cobertura: Bronce, Plata, Oro y Platino, siendo los planes Bronce los que tienen las primas más bajas pero los costos de su bolsillo más altos y los planes Platino los que tienen las primas más altas pero gastos de bolsillo más bajos (<https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>). Solo los planes Plata califican para subsidios de costo compartido.

El calificar o no para recibir créditos tributarios para la prima, o subsidios, depende de su ingreso familiar estimado (<https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/how-to-report/>).

Otra opción, de calificación limitada, es un plan catastrófico de salud que sólo está disponible para consumidores jóvenes (menores de 30 años) o aquellos de cualquier edad que califican para recibir una “exención por dificultades”

("hardship exemption") (<https://www.healthcare.gov/health-coverage-exemptions/hardship-exemptions/>). Este plan ofrece primas mensuales más bajas que las demás, pero generalmente requiere el pago de todos los costos médicos hasta cumplir el total del deducible, y no califica para recibir créditos tributarios para el pago de la prima ni subsidios de costos compartidos.

Al elegir un plan, tenga en cuenta el costo total, incluyendo la prima mensual, deducible, copagos, coseguro y lo máximo que podría pagar de su bolsillo (la cantidad máxima que pagaría por los servicios cubiertos en un año antes que la compañía de seguros pague el 100% del costo por servicios cubiertos). También tenga en cuenta cualquier subsidio para el cual pueda calificar en un plan de nivel Plata.

Además, trate de calcular cuánta atención médica necesitará durante el año del plan. En términos generales, si piensa que va a requerir mucha atención médica (muchas visitas al médico, recetas, cirugías, etc.), considere un plan Oro o Platino. Si piensa que no va a necesitar mucha atención o recetas médicas, un plan Bronce puede ser suficiente. Y si califica para subsidios de costos compartidos, sólo puede obtenerlos en un plan Plata. Siempre tendrá la opción de cambiar de plan durante el siguiente período de inscripción abierta si ocurre algún cambio.

Además del costo, tendrá que elegir entre una variedad de planes que han recibido distintas calificaciones sobre su calidad (<https://www.healthcare.gov/quality-ratings/>) y entre planes con distintos tipos de acceso a proveedores. (El artículo "What You Should Know About Provider Networks" [<https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/what-you-should-know-provider-networks.pdf>] de HealthCare.gov explica las diferencias entre los planes PPO, HMO, EPO y POS y lo que debe considerar al tomar una decisión.)

Planes de salud "directos" (no del Mercado de Seguros Médicos)

Las pólizas de seguro de salud individuales están disponibles fuera de los mercados federales y estatales (excepto en Washington, D.C.). Estos planes de seguro médico se pueden comprar por medio de una compañía de seguros, un agente, un corredor, o un vendedor de seguros de salud en línea. (Es posible que un corredor individual o vendedor en línea venda sólo los planes de ciertas empresas, por lo que conviene ponerse en contacto con más de uno para obtener información sobre otras opciones.)

Sin embargo, la compra de un plan fuera del Mercado de Seguros Médicos lo descalifica para recibir créditos tributarios para la prima y subsidios de costos compartidos basados en sus ingresos. Por lo tanto, antes de buscar fuera del Mercado, haga una consulta rápida en línea para ver si califica para estos ahorros: <https://www.healthcare.gov/lower-costs/>.

Si no califica para los ahorros, puede aun comprar el seguro dentro del Mercado, pero antes conviene investigar los precios fuera del Mercado para comparar opciones. En particular, las personas que

están interesadas en la cobertura de nivel Plata pero que no califican para obtener créditos fiscales o subsidios en el Mercado podrían encontrar ese tipo de cobertura a un costo más bajo fuera del Mercado. (Lea sobre lo que debe considerar antes de decidir dónde comprar en el artículo de HealthInsurance.org "Should you look outside the ACA's exchanges?" [sobre si conviene buscar fuera del Mercado]: <https://www.healthinsurance.org/obamacare-enrollment-guide/off-exchange-plans/>.)

Cuando compare planes fuera del Mercado, use el mismo método que usó al investigar sus opciones dentro del Mercado: considere el costo

Nota: Aunque a nivel federal, a partir de 2019, fue eliminada la multa de la ley ACA contra personas que no tenían seguro (multa conocida como sanción del "mandato individual"), algunos estados todavía imponen una multa financiera a cualquiera que no tenga seguro. Nueva Jersey, Massachusetts, Vermont, Washington, D.C., Rhode Island y California tienen mandatos ya en vigor o que comienzan en 2020. Algunos otros estados están considerando imponer multas.



cumplen con la ACA (excepto en Nevada, donde se permite la inscripción durante todo el año). (En ciertos casos limitados, las aseguradoras venden planes individuales fuera del período de inscripción abierta que cuentan como cobertura de salud calificada, aunque la mayoría no lo hacen.)

Advertencia al consumidor

Además de los planes médicos principales que cumplen con la ley ACA y que se venden fuera del Mercado, también se venden otros planes que no cumplen con la ley. Estos incluyen los planes de “beneficio limitado” (“limited benefit plans”) y planes a corto plazo (“short-term plans”). (A mediados de 2018, la administración Trump legalizó la venta de planes de salud que no se ajustan a la ACA con plazos de hasta 364 días y renovables hasta 36 meses, en lugar del límite anterior de 90 días. Algunos estados aplican diferentes límites.) Las primas más bajas en estos planes pueden ser atractivas,

pero a menudo vienen con exclusiones para aquellos con condiciones preexistentes, ofrecen cobertura limitada y resultan en enormes gastos de bolsillo o negaciones de cobertura cuando se necesita atención médica. Por lo tanto, resultan casi inútiles. No confíe en estos planes si ya está enfermo o tiene una afección crónica. Lea sobre los riesgos de estos planes en FamiliesUSA.org (<https://familiesusa.org/resources/seven-reasons-the-trump-administrations-short-term-health-plans-are-harmful-to-families/>). Para evitar comprar una de estas pólizas deficientes compre a través del Mercado federal o mercados estatales, o verifique que cualquier plan que piense comprar fuera del Mercado sea un plan con beneficios amplios que cumple con la ACA.

total que incluye la prima mensual, el deducible, los copagos, el coseguro y lo máximo que podría tener que pagar de su bolsillo. Trate de calcular cuánta atención médica necesitará durante el año del plan para que pueda hacer un análisis de costos (una prima más alta y mayor cobertura versus una prima más baja y menor cobertura). También compare calidad, satisfacción del cliente, etc. de los planes y compruebe que la red y el acceso a médicos cumplen con sus necesidades.

Todos los planes médicos principales ya sea dentro o fuera del Mercado deben ajustarse a la ley ACA (ley de cuidado de salud asequible), o sea que deben cumplir con todos los requisitos mínimos de la ley. Los planes vendidos a través del Mercado federal (o mercados estatales) también deben tener la certificación de “plan de salud calificado” (Qualified Health Plan o QHP, por sus siglas). Los mercados estatales también pueden exigir que las QHP excedan las directrices básicas de la ACA. Los planes vendidos fuera del Mercado también pueden tener la certificación QHP, pero no es requisito. Ya sea que compre un seguro dentro o fuera del Mercado, los criterios de calificación para el período de inscripción abierta anual y para la inscripción especial aplican a los planes que

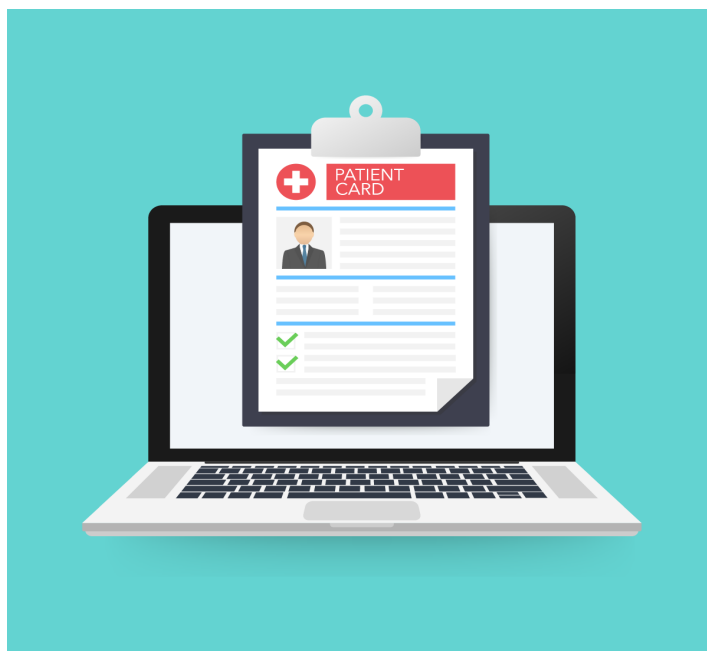
Planes de salud gubernamentales para personas de bajos ingresos (Medicaid y CHIP)

Si le resulta demasiado caro comprar un plan de salud individual y no tiene cobertura a través del trabajo o Medicare, una asociación entre el gobierno federal y estatal ofrece cobertura de

atención médica a través de Medicaid y a través del programa de seguro médico para niños Children's Health Insurance Program (CHIP, por sus siglas). (En algunos estados estos programas tienen otros nombres: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip-program-names/>.)

La ley federal ordena que, en todos los estados, Medicaid debe cubrir ciertos grupos, incluyendo familias de bajos ingresos, mujeres embarazadas y niños calificados, y beneficiarios del programa de asistencia Supplemental Security Income (SSI) (<https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html>). En la mayoría de los estados se amplió la cobertura para beneficio de casi todos los estadounidenses de bajos ingresos que todavía no cumplen los 65 años que los califica para Medicare. (En la docena de estados que no ampliaron la cobertura, los adultos sin hijos tendrán problemas para calificar solo por sus ingresos.) En general, los inmigrantes con residencia permanente (titulares de tarjeta verde) califican para recibir Medicaid y CHIP después de cinco años de residencia si cumplen también con todos los demás requisitos del programa. (Sin embargo, aquellos que no son ciudadanos deben tener presente que el uso de Medicaid y ciertos otros beneficios públicos podría tener un impacto en futuros procedimientos de inmigración o ciudadanía según reglamentos sobre la "carga pública" o "public charge".) Obtenga detalles sobre cómo calificar para Medicaid y CHIP en el sitio web de HealthCare.gov (<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/>).

El programa federal Medicaid cubre ciertos servicios obligatorios de atención médica (servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, pruebas de laboratorio y radiografías, atención en la sala de emergencias, etc.). Cada estado tiene la opción de cubrir adicionalmente otros beneficios, tal como medicamentos recetados, fisioterapia, etc. Todos los programas estatales de Medicaid proporcionan beneficios dentales a los niños, y un poco más de la mitad de los estados también los ofrecen para adultos. La mayoría de los estados pagan por exámenes oculares y por anteojos. (Más información en el sitio web de Medicaid: <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/list-of-benefits/index.html>.)



Medicaid paga algunos servicios (como visitas a la sala de emergencias) sin copago. Dependiendo del estado en que viva, es posible que le cobren un copago por otros servicios. Cada estado tiene la opción de fijar primas, deducibles, y costos de bolsillo para ciertos beneficiarios de Medicaid. En general, personas con ingresos más altos podrían tener que pagar pequeñas primas mensuales. (Obtenga detalles específicos sobre Medicaid en cada estado en el sitio web de HealthInsurance.org website: <https://www.healthinsurance.org/medicaid/>.)

El programa de seguro médico para niños Children's Health Insurance Program (CHIP) (<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>) proporciona cobertura de salud de bajo costo a los niños de familias que ganan demasiado para calificar para recibir Medicaid, pero no lo suficiente para comprar un seguro privado.

Puede inscribirse en Medicaid y CHIP a través del Mercado de Seguros Médicos (<https://www.healthcare.gov/>) cuando lo desee (no se limita a un período de inscripción abierta), o directamente con su agencia estatal de Medicaid. Si solicita la inscripción en el sitio web del Mercado federal, su información será enviada a su agencia estatal si se considera que alguien en su hogar califica para recibir Medicaid o CHIP. También le informarán si califica para un plan de seguro individual con ahorros basados en sus ingresos.

Atención médica para inmigrantes indocumentados

Los inmigrantes indocumentados no califican para comprar seguros ni recibir créditos fiscales o subsidios a través del Mercado de Seguros Médicos. En general, tampoco califican para programas federales de seguro de salud como Medicaid y CHIP, pero hay excepciones. Por ejemplo, algunos estados han extendido a indocumentados la atención prenatal para mujeres embarazadas. También los cinco estados de California, Illinois, Massachusetts, Nueva York y Washington, y además Washington, D.C., ofrecen cobertura de seguro médico a niños indocumentados menores de 18 años. (California extiende los beneficios de salud subsidiados por el gobierno a adultos indocumentados de bajos ingresos hasta los 25 años de edad.) Los inmigrantes indocumentados también pueden comprar seguros de salud directamente de los corredores, pero el costo puede ser prohibitivo sin los subsidios y otras protecciones de la ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act).

Los hogares con estado migratorio mixto pueden solicitar cobertura del Mercado de Seguros Médicos, de Medicaid y de CHIP para aquellos miembros de la familia que califican.

Los inmigrantes indocumentados pueden recibir atención médica de emergencia bajo Medicaid, y es posible que también puedan obtener otros servicios médicos a través de programas de salud pública, incluyendo centros de salud calificados por el gobierno federal. Estos centros de salud comunitarios de bajo costo, ubicados tanto en zonas urbanas como rurales, cobran según los ingresos del paciente por servicios que incluyen atención primaria general, atención a la mujer, atención prenatal, atención de salud bucal, servicios de abuso de sustancias y derivaciones a atención especializada. Los empleados del centro de salud no piden prueba de estado migratorio. Encuentre un centro de salud cerca de usted: <https://www.findahealthcenter.hrsa.gov/>.

La asociación nacional de clínicas gratuitas
National Association of Free & Charitable Clinics



es otro recurso que puede ayudarle a encontrar una clínica cercana: <https://www.nafcclinics.org/find-clinic>.

Si necesita atención médica de emergencia, puede ir a casi cualquier hospital. Bajo leyes federales, los hospitales que reciben fondos federales (que son casi todos) deben ofrecer tratamiento a los pacientes que necesitan atención de emergencia sin importar su estado migratorio o que tengan o no seguro. (Más información en AllLaw.com [<https://www.alllaw.com/articles/nolo/medical-malpractice/uninsured-patient-denied-emergency-treatment.html>] y en PatientAdvocate.org [<https://www.patientadvocate.org/explore-our-resources/preventing-medical-debt/uninsured-and-facing-an-emergency-know-your-rights/>].) Las leyes de su estado podrían proporcionarle algunos derechos adicionales.

Si su situación es urgente pero no extremadamente grave o posiblemente mortal, puede recibir atención más rápida y menos costosa visitando un centro de atención urgente independiente, o uno dentro de un hospital, en lugar de una sala de emergencias. (Más información en <https://www.cnet.com/news/how-to-find-urgent-care-and-avoid-a-hefty-hospital-bill/>.)



Atención médica para estudiantes y adultos jóvenes

Existe una variedad de factores (incluidos la edad, tener o no trabajo, y ser o no estudiante) que determinan qué opciones de cobertura de atención médica tiene disponibles. Dependiendo de su situación, es posible que pueda obtener cobertura bajo el plan de salud de un padre o cónyuge, a través de su trabajo, a través de su escuela, bajo Medicaid o en el Mercado de Seguros Médicos.

Estos son algunos datos claves para tener en cuenta:

- Puede permanecer en el plan de sus padres hasta los 26 años (si el plan ofrece cobertura de dependientes).
- El seguro médico de su empleador es probablemente su mejor opción (suponiendo que la cobertura califica como "cobertura esencial mínima").
- Si usted es soltero y gana menos de \$16,000 por año, podría calificar para la cobertura de Medicaid sin costo en los 34 estados que han

ampliado el programa para incluir a más adultos de bajos ingresos.

- Comprar un plan a través del Mercado (HealthCare.gov) tal vez sea la mejor opción si no puede obtener cobertura gratuita o de bajo costo a través de un padre, del trabajo, etc. (Cuidado con los planes vendidos fuera del Mercado, ya que muchos proporcionan cobertura de calidad inferior.)

Obtenga más información sobre sus opciones y cómo tomar decisiones acertadas sobre el seguro de salud en la publicación *#HealthyAdulting 101: How Does My Health Insurance Work?* de Young Invincibles (<http://younginvincibles.org/wp-content/uploads/2018/10/2018-Healthy-Adulting-Toolkit.pdf>).

Asistencia con recetas médicas

Si usted no tiene seguro médico, o si su cobertura no tiene un beneficio amplio para medicamentos recetados, le podría resultar difícil o imposible pagar sus medicamentos sin ayuda financiera. Los siguientes son una variedad de servicios de asistencia con recetas médicas. (También puede hacer su propia búsqueda en línea con las palabras clave "prescription assistance" [asistencia con recetas médicas] para encontrar otros servicios o para obtener información actualizada.)

- **RxHope** (<https://www.rxhope.com/>) ofrece un proceso electrónico acelerado de solicitud, además de orientación, para los programas de compañías farmacéuticas de ayuda a pacientes (<https://www.rxassist.org/faqs>). A través de estos programas, las farmacéuticas distribuyen medicamentos gratuitos o con descuento a los consumidores de bajos ingresos. Los servicios para pacientes son gratuitos.
- **RxAssist** (<https://www.rxassist.org/>) ofrece una base de datos extensa de programas de asistencia al paciente, así como herramientas prácticas, noticias y artículos para ayudarlo a encontrar la información que necesita.
- **NeedyMeds** (<https://www.needymeds.org/>) es una fuente de información sobre programas de asistencia con recetas médicas, cupones, reembolsos y otros tipos de asistencia. Posee el cursor sobre la pestaña "Patient Savings" (ahorro

para el paciente) cerca de la parte superior de la página para ver la lista de opciones.

■ **The Medicine Assistance Tool** (<https://medicineassistancetool.org/>) es un motor de búsqueda gratuito y confidencial que ayuda a los usuarios a encontrar información sobre los programas de asistencia financiera ofrecidos por la industria farmacéutica.

Obtenga más información sobre asistencia con recetas médicas en la página web del gobierno "Pharmaceutical Assistance Program": <https://www.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/>.

Quejas

Si tiene una queja sobre su seguro médico individual, envíela, por escrito, al departamento de servicio al cliente de la aseguradora. También puede enviarla a la agencia que regula el seguro de salud en su estado, que puede ser el Department of Insurance (departamento de seguros) (encuentre el suyo aquí: https://www.naic.org/documents/members_membershiplist.pdf), el Department of Managed Care (departamento de atención médica administrada, si existe en su estado) u otro similar.

Recursos

■ **HealthCare.gov** (<https://www.healthcare.gov>) es el sitio web del Mercado de Seguros Médicos federal, donde puede obtener información e inscribirse en planes calificados (y conectarse con

Acerca de Consumer Action

www.consumer-action.org

A través de materiales multilingües educativos, extensión comunitaria y defensa del consumidor, Consumer Action faculta al consumidor infrarepresentado en todo el país para que haga valer sus derechos y prospere económicamente.

Asesoramiento y asistencia para el consumidor: Presente quejas de consumidor en <https://complaints.consumer-action.org/forms/spanish-form> o 415-777-9635. (Se hablan chino, inglés y español.)

el mercado de seguros de su estado, si lo hubiera, y con Medicaid y CHIP). El glosario del sitio (<https://www.healthcare.gov/glossary/>) proporciona una lista extensa de términos que pueden ayudarle a entender mejor lo que lee en HealthCare.gov y otros sitios web relacionados con el cuidado de la salud.

■ **Medicaid.gov** (<https://www.medicaid.gov>) proporciona información federal y estatal extensa sobre Medicaid y CHIP.

■ **HealthFinder.gov** (<https://healthfinder.gov/>), dirigido por el U.S. Department of Health and Human Services (departamento de salud federal), proporciona recursos relacionados con una amplia gama de temas de salud.

■ **Los "navegadores" ("navigators")** (<https://localhelp.healthcare.gov>) son individuos y organizaciones que trabajan en la comunidad, proporcionan información imparcial y ayudan con la inscripción para cobertura bajo los planes del Mercado de Seguros Médicos (HealthCare.gov) y Medicaid. (Se han recortado los fondos para navegadores; HealthInsurance.org explica sus otras opciones para obtener ayuda con la inscripción en planes de seguro médico: <https://www.healthinsurance.org/obamacare-enrollment-guide/who-should-help-me-enroll-in-a-health-plan/>.)

■ **HealthInsurance.org** (<https://www.healthinsurance.org>) proporciona al consumidor una amplia educación en todos los aspectos de la atención médica, desde los planes del Mercado de Seguros Médicos y planes que no se ajustan a la ACA hasta Medicare y Medicaid.

■ **El módulo educativo de Consumer Action sobre seguro médico** (https://www.consumer-action.org/modules/module_health_insurance) ofrece hojas informativas gratuitas como esta sobre los temas de seguro médico patrocinado por el empleador y Medicare, así como una publicación con preguntas y respuestas que proporciona detalles adicionales sobre temas relacionados con el seguro de salud.

Acerca de esta guía

Esta guía fue creada por el Insurance Education Project de Consumer Action.