



## Tabla para comparar planes en el Mercado de Seguros Médicos

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Crédito fiscal (mensual): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# de personas en el plan: \_\_\_\_ ¿Elegible para la reducción de costos médicos?  No  73%  87%  94%

		Opción 1 (o plan actual)	Opción 2	Opción 3
Nombre de la compañía de seguros				
Nombre del plan de salud				
Categoría del plan (Bronce/Bronze, Plata/Silver, Oro/Gold, Platino/Platinum)				
Tipo de plan (HMO, PPO, POS, EPO u otro)				
Prima mensual (después del crédito fiscal)				
Deducible (para atención médica/ medicamentos o la combinación de ambos) <small>(Si el deducible es familiar: ¿Es agregado o está integrado?)</small>				
Límite de gastos de su bolsillo (OOP Max)				
Copagos/coseguros		Cantidad	Cantidad	Cantidad
		¿Aplica el deducible? (indique con ✓)	¿Aplica el deducible? (indique con ✓)	¿Aplica el deducible? (indique con ✓)
Visita al proveedor de cuidados primarios (PCP) (doctor de cabecera)				
Visita a un especialista				
Med. recetados	Medicamentos genéricos			
	Med. de marca preferidos			
	Med. de marca no preferidos			
	Medicamentos especializados			
Visita a la sala de emergencia (ER)				
Hospitalización				
Otro servicio:				
Otro servicio:				
Proveedor de atención médica	¿En la red/cubierto?	¿En la red/cubierto?	¿En la red/cubierto?	
Médico/proveedor actual:				
Otro proveedor u hospital:				
Medicamentos recetados actuales:				
Otras consideraciones				
Otra consideración:				
Otra consideración:				
Otra consideración:				

## Cómo utilizar la tabla para comparar planes en el Mercado de Seguros Médicos

La tabla para comparar planes es un instrumento que los ayudantes de inscripción de seguros médicos (es decir, navegadores, ayudantes en persona, consejeros de solicitud certificados) pueden usar para asistir a los consumidores a comparar los planes de salud calificados en el mercado y seleccionar el plan más acorde a sus necesidades.

La tabla ayuda a comparar hasta tres planes de salud calificados en el mercado, uno junto al otro, con respecto a diferentes características. Algunos consumidores podrían ser clientes que ya tienen un plan del mercado y desean ayuda con la renovación; en estos casos, quizá sea útil incluir el plan actual del cliente en la primera columna titulada “Opción 1” para que el cliente pueda comparar las opciones de 2015 con las que ya tiene.

**Cuando usted y el cliente revisen los planes médicos en [cuidadodesalud.gov](http://cuidadodesalud.gov) o en otros sitios web, pueden anotar y comparar las características distintas de cada plan de salud, tales como:**

- El **nombre de la compañía de seguros, el nombre del plan de seguro, la categoría del plan y el tipo de plan** (HMO, PPO, POS, etc.).
- La **prima (pago) mensual** del plan de seguro (después de haberse aplicado el crédito fiscal).
- La cantidad del **deducible** (que es la cantidad que el consumidor debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro médico o plan comience a pagar la cobertura. Después de cumplir con el deducible, el consumidor sólo tendrá que pagar el copago o coseguro). El plan puede tener valores separados para un **deducible para atención médica** y otro **deducible para medicamentos**, o un **deducible combinado**. Si se trata de un plan familiar, usted puede indicar si es un **deducible agregado o integrado**.
- El **límite de gastos de su bolsillo** (la cantidad máxima que el consumidor tiene la obligación de pagar en los gastos médicos dentro de la red en un año. Una vez que el consumidor llegue a dicha cantidad, el plan pagará los demás gastos dentro de la red por el resto del año).
- Las cantidades de los **copagos** y del **coseguro** para los servicios que se utilizan comúnmente, tales como visitas al **proveedor de cuidados primarios, especialistas, sala de emergencias, hospitalización**, así como para medicamentos recetados **genéricos, de marca preferidos, de marca no preferidos o medicamentos especializados**. Asegúrese de indicar si el **deducible aplica** a dicho servicio marcando la casilla gris correspondiente.
- **La información sobre copagos/coseguros** de hasta dos beneficios o servicios más basados en los intereses del consumidor y sus necesidades médicas en los renglones titulados “**Otro servicio**”.
- Si el **médico (o médicos), el hospital preferido o red hospitalaria** actuales del consumidor se encuentran en la red del plan.
- Si los **medicamentos recetados** que el consumidor necesita están cubiertos por el plan y bajo qué **categoría de medicamento** aparecen listados (**genérico, de marca preferidos, de marca no preferidos o especializado**).
- **Otras consideraciones:** cualquier otra consideración que sea importante para el consumidor tal como si cada plan incluye o no la cobertura de atención dental para niños o los servicios de un quiropráctico, o bien, cuántos de los proveedores dentro de la red que se encuentran cerca del código postal del consumidor hablan el idioma de preferencia del consumidor, o cuál es el límite de visitas permitidas para la fisioterapia.

**NOTA:** Si el plan cubre a proveedores que no están en la red, usted puede indicar el copago/coseguro fuera de la red en el mismo recuadro. Por ejemplo: visita a un especialista con un copago dentro de la red de \$10 y un coseguro fuera de red de 50% podría indicarse como \$10/50%.