

Los planes de salud autorizados (QHPs, por sus siglas en inglés) son pólizas de seguro médico que cumplen con los requerimientos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Específicamente, los QHPs tienen que:

- Seguir límites de costos establecidos a nivel nacional
- Brindar beneficios médicos esenciales

Los QHPs se venden en foros federales o en programas estatales conocidos como mercados de seguros médicos o intercambios de seguros, y usted podrá adquirir su cobertura por internet o por teléfono.

En la mayoría de los casos, si tiene un plan QHP y va ser elegible para Medicare, tendrá que darse de baja de su plan e inscribirse en Medicare. Por lo general, si califica para la Parte A gratis, no debería seguir usando el mercado de seguros para recibir seguro médico y de medicamentos. Inscríbase en Medicare cuando sea elegible y desafíliese de su plan QHP de manera puntual para evitar pagar primas extras.

Para desafiliarse de su cobertura QHP:

- Notifique al representante del mercado de seguros ya sea a nivel estatal o federal sobre su intención de desafiliarse del QHP por lo menos 14 días antes de que comience su cobertura de Medicare.
 - Si está inscrita en un plan QHP a través del mercado de seguros federal, comuníquese con el centro de llamadas del mercado al 800-318-2596 o visite la página de internet www.healthcare.gov.
 - Si está inscrita en un plan QHP a través del mercado de seguros en su estado, comuníquese con los representantes estatales para saber cómo y cuándo se puede desafiliar de su plan.
 - Si está inscrita en un plan familiar, solicite a un representante del mercado de seguros que le dé información sobre los pasos para desafiliarse.

Para inscribirse en Medicare:

- Periodo de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés): podrá inscribirse en cualquier momento durante este periodo de siete meses, que incluye tres meses anteriores, el mes de, y tres meses posteriores al mes en que cumpla 65 años. La fecha de comienzo de su cobertura de Medicare dependerá de cuando se inscribió.
- Periodo de inscripción general (GEP, por sus siglas en inglés): Si no se inscribió en Medicare cuando se convirtió en persona elegible, podrá inscribirse durante el GEP. El GEP se abre cada año desde el primero de enero hasta el 31 de marzo, y la cobertura comienza el primero de julio. Si se inscribe durante el GEP es posible que le pongan una multa por inscribirse tarde y que tenga que esperar para recibir cobertura.

Términos que debe saber

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)

: se firmó el 23 de marzo del 2010. El ACA expande cobertura de salud para las personas elegibles, impone límites en costos de salud, y funciona para mejorar el sistema de salud. También, creó los mercados de seguros estatales donde las personas elegibles pueden comprar seguro médico.

Mercado de seguros (conocido también como Intercambio de seguros): es un foro establecido por el ACA donde podrá comprar cobertura de seguro médico. Generalmente, las personas que son elegibles para Medicare no deben comprar seguro médico en el mercado de seguros.

Periodo de inscripción general (GEP, por sus siglas en inglés): el periodo de inscripción que pasa cada año durante el primero de enero hasta el 31 de marzo. Durante este periodo podrá inscribirse en la Parte B de Medicare.

La multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés): por cada periodo de 12 meses que demora su inscripción en la Parte B, le agregarán una multa del 10% de la prima como costo adicional. Podrá evadir esta multa si tiene seguro médico a través de un empleador o si es elegible por uno de los programas de ahorros (MSPs, por sus siglas en inglés) de Medicare.