

Compra de Seguro Para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica

Hay muchos programas de cobertura médica disponibles para las familias, que incluyen:

- Cobertura de salud patrocinada por el empleador
- Cobertura del Mercado (compra privada de seguro médico)
- Cobertura patrocinada por el estado y el gobierno federal (por ejemplo, Medicaid)
- Programas de cobertura suplementaria (por ejemplo, servicios de atención médica especial para niños, exenciones de Medicaid, Primeros Pasos)

Con la aprobación de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA), las personas con necesidades especiales de atención médica tuvieron acceso a un seguro, sin temor a que se les negara la cobertura debido a condiciones preexistentes, edad o sexo. Además, los planes deben cubrir beneficios de salud esenciales, que incluyen: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención de maternidad y recién nacidos, servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias (incluido el tratamiento de salud conductual), medicamentos recetados, servicios de rehabilitación y servicios y dispositivos de habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas, y servicios pediátricos (incluido el cuidado bucal y de la vista).

Cobertura Patrocinada por el Empleador

Muchas familias tienen acceso a un seguro médico a través de un empleador. Cuando este seguro es asequible y adecuado, el individuo o la familia no es elegible para recibir subsidios del Mercado. Para que se considere asequible, el costo del seguro médico patrocinado por el empleador debe ser inferior al 9,12 % (ajustado anualmente) del salario anual del empleado. Un plan adecuado tiene un valor mínimo del 60%, lo que significa que el plan cubrirá el 60% o más de los costos incurridos para cubrir los beneficios de salud esenciales.

Cobertura del Mercado

Si no se ofrece un seguro patrocinado por el empleador, si la cobertura patrocinada por el empleador no cumple con los estándares de asequibilidad y adecuación, o si se desea cobertura adicional, las personas pueden comprar un seguro médico en el Mercado de seguros médicos, disponible en: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>. Los planes del Mercado cumplen con los requisitos de cobertura y están clasificados como bronce, plata, oro y platino según el nivel de cobertura que brindan, con planes bronce que brindan la cobertura más limitada y planes platino que brindan la cobertura más completa. Generalmente, los planes más completos tienen las primas más altas y los deducibles más bajos, mientras que los planes de nivel bronce y plata tienen costos de primas más bajos y deducibles más altos. Los planes del Mercado deben comprarse durante los períodos de inscripción abierta, a menos que ocurra un evento que califique (como matrimonio, nacimiento, mudanza fuera del estado o pérdida de trabajo). Los períodos de inscripción especiales son urgentes, por lo que la cobertura debe adquirirse lo antes posible después de que ocurra el evento calificador.

Las personas y familias cuyos ingresos familiares se encuentran entre 100% y 400% de los niveles federales de pobreza pueden ser elegibles para créditos fiscales y aquellos con ingresos entre 100% y 250% del FPL califican para reducciones de costos compartidos, que pueden reducir los costos de las primas. Todas las personas que compran planes del Mercado deben presentar impuestos sobre la renta para el año en que compraron el seguro.

Al considerar la compra de un plan de seguro médico, es importante considerar estos factores:

- Beneficios y cobertura necesarios y deseados, que incluyen cobertura de medicamentos recetados, límites de terapia y otros servicios, y servicios auxiliares disponibles.
- Proveedores de la red ofrecidos por el plan.
- Costos de primas y copagos en relación con la cobertura.
- Elegibilidad para reducciones de costos compartidos (para aprovechar este beneficio, se debe comprar un plan Silver).

Las primas pagadas garantizan cobertura de seguro, servicios de atención preventiva sin copago (consulte los beneficios aquí:

<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/#part%3D1>) y cobertura de beneficios de salud esenciales. En la mayoría de los casos, los deducibles deben alcanzarse antes de que comience la cobertura.

Cobertura Financiada Estatal y Federalmente

Las personas con discapacidades y las familias con bajos ingresos pueden acceder a planes de salud financiados por el estado y el gobierno federal, incluido Medicaid. Indiana tiene varias opciones de cobertura de Medicaid, que se analizan con más detalle en [hojas informativas](#) adicionales de INF2F y en <https://www.in.gov/medicaid/>. Si un individuo o familia es elegible por sus ingresos para Medicaid y presenta una solicitud del Mercado, el Mercado notificará a la oficina local de Medicaid.

Programas Suplementarios

A menudo, las familias pueden tener seguro, pero consideran necesario acceder a cobertura y servicios adicionales. Existen muchos programas complementarios diseñados para brindar servicios a personas con necesidades especiales de atención médica. La elegibilidad para esos programas y servicios varía y puede depender del diagnóstico, los ingresos familiares y el nivel de necesidades de atención. A menudo animamos a las familias a solicitar programas como exenciones de Medicaid (exenciones para personas mayores y discapacitadas, lesiones cerebrales traumáticas, integración y habilitación comunitaria y apoyo familiar), cobertura de discapacidad de Medicaid (Medicaid tradicional, Hoosier Care Connect, MED Works), salud especial para niños. Servicios de Atención Médica (CSHCS), Intervención Temprana (Primeros Pasos), programas de Seguro Social y otros. Para obtener más información sobre los programas complementarios y sus criterios de elegibilidad, consulte nuestras hojas informativas: <https://www.inf2f.org/fact-sheets.html> que destacan estos programas.

Los programas y sistemas cambian a menudo. Es importante asegurarse de que está utilizando la información más actualizada. Esta hoja informativa se actualizó en abril de 2024. Consulte <https://www.inf2f.org/fact-sheets.html> para obtener la edición más reciente. Esta hoja informativa contó con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) como parte de una adjudicación por un total de \$89,140 con un 87% financiado con fuentes no gubernamentales. El contenido es responsabilidad de INF2F y no representa necesariamente la opinión oficial ni el aval de la HRSA, el HHS o el Gobierno de EE.UU. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov)