



Herramienta de Vista Previa del Mercado: Consejos para el plan del año 2024

- Herramienta orientada al consumidor:
 - Inglés: OregonHealthCare.gov/WindowShop
 - Español: orhim.info/ObtengaCobertura

Recordatorio: ¡La herramienta de cobertura asequible para empleadores está disponible!

La herramienta de vista previa tiene una calculadora separada llamada [Herramienta de Asequibilidad de la Cobertura del Empleador \(orhim.info/ESI-calculadora\)](https://orhim.info/ESI-calculadora) que permite a los usuarios ingresar información sobre la cobertura ofrecida por un empleador y estimar la elegibilidad para los créditos fiscales de prima a través del Mercado. Los consumidores que anteriormente no eran elegibles para los créditos tributarios de prima debido a la cobertura ofrecida por su empleador o el empleador de un padre/tutor o cónyuge deben usar esta herramienta para ver si ahora califican bajo las nuevas reglas¹.

La herramienta calculará la prima máxima que se considere asequible para cada individuo. Luego le preguntará al usuario si la prima del plan disponible menos costoso para él a través del empleador es mayor o menor de lo que se considera asequible. Los consumidores no necesitan saber el monto exacto de la prima, solo si es mayor o menor que el monto que se muestra. La herramienta proporciona un enlace a la Herramienta de Cobertura para Empleadores proporcionada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los consumidores pueden usar este formulario para recopilar la información necesaria de su empleador para usar la herramienta o completar una solicitud.

La herramienta incluye una pregunta sobre el estándar de valor mínimo. Toda la cobertura del empleador se considera cobertura esencial mínima, pero no toda la cobertura del empleador cumple con el estándar de valor mínimo. Por lo general, un plan cumple con el estándar de valor mínimo si cubre al menos el 60 por ciento de los costos de los servicios para una población general e incluye cobertura para pacientes hospitalizados y de medicamentos recetados. Si no está seguro de si un plan cumple con el estándar de valor mínimo, comuníquese con el Mercado por correo electrónico a info.marketplace@odhsoha.oregon.gov y lo ayudaremos a tomar esa determinación.

Se puede acceder a la herramienta de asequibilidad de la cobertura del empleador directamente en orhim.info/ESI-

¹Solución de fallas familiares

A partir de 2022, se evalúa la asequibilidad de la cobertura de salud patrocinada por el empleador para cada persona de un hogar a la que se le ofrece esa cobertura. Para el año del plan 2024, el seguro de salud patrocinado por el empleador se considera inasequible para la persona si el plan menos costoso que se le ofrece es más del 8.39% del ingreso bruto del hogar.

[calculadora](#). Los consumidores no tienen que acceder a la vista previa para usar la herramienta de Asequibilidad de la Cobertura del Empleador.

Sin embargo, también se puede acceder a la herramienta desde la página "Perfil de cobertura" de la herramienta de comparación de planes. Puede encontrar un enlace a la herramienta junto a la casilla de verificación "Cobertura asequible ofrecida" (ver arriba).

Visitas al consultorio de \$5

Todos los planes estándar de Oregon 2024 incluyen tres (3) visitas al consultorio de \$5 que se pueden usar en cualquier combinación de visitas con un médico de atención primaria y/o proveedores de salud mental/conductual. Algunos otros planes también incluyen estas visitas. La herramienta de vista previa se ha actualizado para incluir una marca en los planos que muestran estas visitas.

PROVIDENCE Health Plan Providence Oregon Standard Bronze Plan - Choice Network
 Calificación general: ★★★★★ (Bronze) Comparar [Ver detalles del plan](#)

\$5 visitas: primeros 3 PCP/salud mental

Prima mensual: \$0.24 Incluye el \$426 del crédito fiscal Deducible anual: \$9,450 Límite de desembolso personal: \$9,450

El deducible anual y el límite de desembolso personal mostrados son por persona.

Mis médicos [+ Agregar](#) Mis Recetas [+ Agregar](#)
 Mis hospitales [+ Agregar](#)

Estimaciones de costos anuales

| | | |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Buen año \$100 | Equilibrado \$2,075 | Mal año \$9,450 |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|

[Mostrar más](#)

Los usuarios pueden filtrar por planes que incluyan estas visitas.

Plan Features

- Elegible para HSA
- Cobertura fuera de la red
- Red nacional
- Primeros 3 PCP/Salud Mental**

Estos planes incluyen un lenguaje que informa a los consumidores sobre cómo funciona este beneficio.

| Consultas con un médico | |
|---|--|
| Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$50 Copay Explicación: \$5 copay for the first three in-network primary care provider, other practitioner, outpatient mental/behavioral health, or outpatient substance abuse disorder visits combined per year prior to the deductible being met. Exclusiones: Missed appointments and get acquainted visits. See policy for more information. |
| Atención preventiva/detección/vacunación | No Charge |
| Visita al consultorio de otro médico (asistente médico de enfermería) | \$50 Copay Explicación: \$5 copay for the first three in-network primary care provider, other practitioner, outpatient mental/behavioral health, or outpatient substance abuse disorder visits combined per year prior to the deductible being met. Exclusiones: Missed appointments and get acquainted visits. See policy for more information. |

Funcionalidad continua

Opciones de búsqueda de proveedores y formularios de medicamentos recetados

- La búsqueda de proveedores incluye tanto a los proveedores como a los hospitales
 - La búsqueda de proveedores incluye proveedores no tradicionales (es decir, naturópatas) que las compañías de seguros han proporcionado en sus listas de red.
 - Los datos de la red se han limpiado con la esperanza de que los datos sean más fiables que la búsqueda de proveedores en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y [CuidadoDeSalud.gov](https://www.cuidado.de.salud.gov).
 - Siempre recomendamos ponerse en contacto con la compañía de seguros o utilizar el directorio de proveedores de la compañía de seguros para confirmar la cobertura de la red.
- La búsqueda en el formulario de medicamentos recetados incluye costos compartidos para los medicamentos cubiertos
 - Esta herramienta está diseñada para ayudar a los consumidores a tomar decisiones más seguras relacionadas con la cobertura de medicamentos dentro de las opciones del plan de salud.
 - Cuando se ingresan las recetas, la herramienta mostrará los costos compartidos de cada receta, lo que permitirá a los consumidores ver qué planes les ofrecen el mayor valor.
 - Si el resultado de una receta muestra que no está cubierto, el usuario puede considerar probar un nombre alternativo para la receta, como un nombre genérico. Algunos planes solo incluyen versiones genéricas de medicamentos en su formulario.
- Si se ingresan proveedores y/o recetas, la funcionalidad de filtrado estará disponible para que sea más fácil ver qué planes los cubren.

Funcionalidad de visualización de beneficios

- El control deslizante en la parte superior de la sección de beneficios permite a los usuarios ir directamente a las categorías de beneficios sin desplazarse hacia abajo en la página.
- Las categorías de beneficios se pueden expandir y contraer en la lista vertical.
- Las calificaciones de calidad se muestran si están disponibles.

Planes de Plata fuera del Mercado

- En 2024, algunos planes de plata estarán disponibles directamente a través de la compañía de seguros, pero no a través del Mercado.
 - Estos planes tendrán primas más bajas y están destinados a consumidores que no son elegibles para créditos fiscales de prima.
 - Estos planes están incluidos en la herramienta de comparación de planes, pero solo se mostrarán a los consumidores que no son elegibles para los créditos fiscales de prima.
- Los consumidores que no son elegibles para los créditos fiscales para las primas verán estos planes en la lista con planes en el Mercado. La sección de cada plan indica información que muestra si el plan está disponible en el Mercado o fuera del Mercado.
 - Esta información se puede encontrar directamente debajo del nombre del plan, a la derecha del nivel de metal.
- La funcionalidad de filtrado está disponible para estos planes.
- Los consumidores que estén interesados en estos planes deben inscribirse directamente con la compañía de seguros.

- El enlace de inscripción directa y el número de teléfono de servicio al cliente de la empresa se mostrarán cuando se haga clic en "Seleccionar plan".
- Estos planes pueden ser la mejor opción para algunos consumidores. Le recomendamos que revise los siguientes beneficios de inscribirse en un plan del Mercado con sus clientes para asegurarse de que entiendan a qué están renunciando si se cambian a un plan fuera del Mercado.

Beneficios disponibles para los inscritos en el Mercado

- Comparación lado a lado de todos los planes disponibles.
- Administrar la inscripción en varios planes desde una sola cuenta: las familias pueden optar por inscribir a los miembros juntos o por separado; tanto la cobertura médica como la dental se pueden comprar de una sola vez.
- Acceso a agentes de seguros y socios comunitarios que pueden ayudar con la inscripción en cualquier plan ofrecido a través del Mercado.
- Los hogares que no son elegibles para los créditos tributarios de prima cuando se inscriben pueden actualizar su solicitud si experimentan una caída en los ingresos u otro cambio en el hogar y más adelante pueden ser elegibles para los créditos tributarios de prima.
 - Algunos consumidores pueden optar por inscribirse en un plan diferente si son elegibles para las reducciones de costos compartidos.
 - Las personas que permanezcan en el mismo plan continuarán contribuyendo a su deducible y desembolso máximo sin interrupción durante el año.
- Los consumidores que tienen un cambio en los ingresos que los hace elegibles para créditos tributarios de prima y/o reducciones de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) pueden usar un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse a mitad de año y comenzar a recibir asistencia financiera.
- Los consumidores que se mudan a una área diferente pueden ver fácilmente qué planes están disponibles en su nueva ubicación y actualizar su inscripción.
- Reinscripción automática cada año, con créditos fiscales y primas actualizados, incluso si su compañía de seguros se retira de su área.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de las herramientas o cree que ha encontrado un error en las herramientas o en los datos del plan, comuníquese con Katie Button al 503-507-2349 o katie.m.button@oha.oregon.gov.