



Guía rápida sobre las opciones cuando se queda sin el seguro médico patrocinado por su empleador

Aproximadamente el 50% de las personas en los Estados Unidos recibe su cobertura del seguro médico a través de su empleador. ¿Qué sucede con su cobertura del seguro médico si deja o pierde su trabajo? Hay una variedad de opciones que pueden estar disponibles. Esta Guía rápida cubre las diversas opciones de cobertura del seguro médico integral que puede tener, incluso si tiene una afección médica preexistente: Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), plan del Mercado, otro plan médico grupal, Medicare o Medicaid. Dado que puede ser elegible para más de una de estas opciones, es importante comparar sus opciones para determinar cuál es el mejor plan para usted.

Cómo comparar sus opciones

Hay algunos puntos clave que se deben tener en cuenta al elegir un plan de seguro médico:

- ¿Cuál será el costo del plan?
- ¿Mis proveedores y centros de atención médica están incluidos en la red del plan?
- ¿El plan cubre mis medicamentos con receta y las farmacias que uso?

Cuando se comparan los planes, puede ser tentador elegir directamente el que tenga la prima mensual más baja. Sin embargo, para calcular el costo total del año, incluidos los gastos que paga de su bolsillo, es necesario hacer algunas cuentas:

$$(\text{Prima mensual del plan} \times 12 \text{ meses}) + \text{Máximo que paga de su bolsillo del plan} = \text{Costo total anual}$$

Puede llenar la Hoja de cálculos de comparación de seguro médico para comparar sus opciones:

[TriageHealth.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos](https://www.triagehealth.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos).

Para obtener una visión general de los conceptos básicos del seguro médico y los términos clave que debe comprender, lea la Guía rápida sobre la información básica del seguro médico: [TriageHealth.org/guiarapida-segurodesalud](https://www.triagehealth.org/guiarapida-segurodesalud), o bien vea nuestros videos animados: [TriageHealth.org/Animated-Videos](https://www.triagehealth.org/Animated-Videos).

COBRA: COBRA es una ley federal que permite a los empleados elegibles conservar el plan del seguro médico actual patrocinado por su empleador después de experimentar un “evento calificado.”

La siguiente tabla muestra un listado de los eventos calificados que le pueden dar derecho a recibir la cobertura continua de COBRA y el tiempo máximo por el que puede conservar su plan. *Hay dos ocasiones en las que puede ampliar la cobertura de COBRA. También hay algunas ocasiones en las que la cobertura de COBRA puede finalizar antes de tiempo, como cuando un empleador deja de ofrecer cobertura del seguro médico a todos los empleados o cuando un empleador cierra su negocio.

Evento de clasificación COBRA	Máx. Cobertura COBRA
Finaliza el empleo o se reducen las horas	18 meses
Muerte del empleado cubierto (los dependientes como un cónyuge o un hijo serían elegibles para la cobertura COBRA)	36 meses
Pérdida del estatus de hijo dependiente (es decir, cumplir 26 años)	36 meses
Divorcio o separación legal del empleado cubierto (los dependientes como un cónyuge o un hijo serían elegibles para la cobertura COBRA)	36 meses
El empleado que esta cubierto se inscribe en Medicare (los dependientes, como un cónyuge o un hijo, serían elegibles para la cobertura COBRA)	36 meses

COBRA se aplica a empleadores privados con 20 empleados o más, o a los gobiernos estatales o locales. Los empleados federales tienen protecciones similares bajo una ley diferente. La mayoría de los estados también tiene una Ley COBRA estatal que cubre a los empleadores con entre 2 y 19 empleados.

Uno de los principales obstáculos de la cobertura de COBRA es el costo. Por lo general, usted paga el 100% de lo que su empleador pagaba por su cobertura, más un posible gasto administrativo del 2% (lo que hace un total del 102%). Sin embargo, existen algunos beneficios a la hora de elegir COBRA. Por ejemplo, si se encuentra en medio de un tratamiento, con la cobertura de COBRA, no tendrá que buscar un plan de seguro nuevo que tenga la misma cobertura para sus médicos, hospitales y medicamentos con receta. Además, si ya ha alcanzado el costo máximo que paga de su bolsillo o el deducible del año, puede ser menos costoso pagar las primas más altas de COBRA y no tener que pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año. Debe hacer las cuentas para averiguar qué opción es menos costosa.

Se le exige que elija COBRA dentro de los 60 días de su evento calificado. Si espera hasta el día 59, tendrá que pagar las primas de los dos meses anteriores, pero cualquier atención médica que haya recibido durante ese tiempo será pagada por su plan COBRA. Si necesita ayuda financiera para las primas de COBRA, el Programa del Pago de Primas del Seguro Médico (HIPPI) puede ayudarlo. Si usted califica para Medicaid, pero tiene acceso a un plan de grupo mediante un empleador (p. ej.: COBRA), Medicaid puede pagar su prima mensual para el plan grupal. Para ver si esta es una opción en su estado, visite [TriageHealth.org/State-Resources](https://www.triagehealth.org/state-resources) y [TriageHealth.org/State-Laws](https://www.triagehealth.org/state-laws).

Mercado: usted puede ser elegible para comprar un plan mediante el Mercado de Seguros Médicos de su estado creado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Los empleados que son elegibles para COBRA, también suelen ser elegibles para un Período de Inscripción Especial (SEP) para comprar un plan, de una compañía de seguros de salud privada, mediante el Mercado estatal. El SEP le da 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de su empleador para comprar un nuevo plan en el Mercado. Los planes que se venden en los Mercados son para un año calendario, lo que significa que normalmente van del 1 de enero al 31 de diciembre. Si elige un plan a mediados de año, tendrá que renovar su plan o inscribirse en un plan nuevo para el próximo año calendario, durante el período de inscripción abierta de otoño.

Tiene beneficios al comprar planes mediante el Mercado. Por ejemplo, los planes que se venden en el Mercado no pueden tener un costo máximo que paga de su bolsillo superior a \$10,600 para una persona o \$21,200 para una familia en 2026. También puede recibir alguna asistencia financiera según el tamaño del grupo familiar y el nivel de ingresos. Hay dos tipos de asistencia: un crédito fiscal para las primas que reduce su prima mensual para comprar un plan y subsidios para los costos compartidos que reducen los costos que paga de su bolsillo como los copagos. Visite [cuidadodesalud.gov/es](https://www.cuidadodesalud.gov/es) o encuentre el Mercado de su estado en [TriageHealth.org/State-Resources](https://www.triagehealth.org/state-resources).

Otro plan de salud grupal: puede ser elegible para un SEP para cambiarse a un plan grupal que esté disponible para usted mediante otro trabajo que pueda tener, el plan grupal de su cónyuge, o si usted es menor de 26 años, puede cambiarse al plan grupal de uno de sus padres. Consulte el plan del otro empleador para conocer las reglas adicionales.

Medicaid: puede ser elegible para Medicaid en su estado. Medicaid es un programa de seguro médico federal que ofrece cobertura a personas con un nivel bajo de ingresos. Si usted vive en un estado que amplió su programa de Medicaid conforme a la ley ACA y tiene un ingreso familiar inferior al 138% del nivel de pobreza federal (\$22,024.80 para una persona en 2026), puede ser elegible para Medicaid. Si vive en un estado que no ha ampliado Medicaid, la elegibilidad se basa en tener un nivel bajo de ingresos, un nivel bajo de recursos (p. ej.: activos) y cumplir con otra categoría de elegibilidad, como recibir la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Actualmente, 41 estados, incluido Washington, DC, han ampliado sus programas, y 10 estados no lo han hecho. Las solicitudes de Medicaid se aceptan durante todo el año. Para presentar una solicitud, visite www.cuidadodesalud.gov/es o encuentre la agencia de Medicaid de su estado en TriageCancer.org/StateResources.

Ampliado 41	No ampliado 10
AK, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, HI, IA, ID, IL, IN, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, NY, OH, OK, OR, PA, RI, SD, UT, VA, VT, WA, WV	AL, FL, GA, KS, MS, SC, TN, TX, WI, WY

Medicare: si tiene más de 65 años o está a punto de cumplirlos, también puede ser elegible para Medicare. Medicare es un programa de seguro médico federal que ofrece cobertura a las personas mayores de 65 años y que son elegibles para los beneficios de jubilación del Seguro Social, han cobrado los beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social durante 24 meses o han recibido un diagnóstico de insuficiencia renal terminal (IRT) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Para obtener más información: TriageHealth.org/guiarapida-medicareextendido.

Cómo avanzar

Elegir una de estas opciones es como elegir un carril para conducir. Mientras compara estas opciones, recuerde que hay plazos y reglas que se aplican. En muchos casos, una vez que elige un carril, tiene que permanecer en él. Por ejemplo, una vez que elija COBRA, no podrá cambiar a un plan del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta del Mercado. El nuevo plan del Mercado no comenzará hasta el 1 de enero, de modo que, si quiere cobertura continua, debe mantener el plan COBRA hasta entonces.



Elegir un seguro médico no es una actividad que se hace una sola vez. Debe revisar sus opciones todos los años para asegurarse de que su plan satisface sus necesidades. Un plan que satisfizo sus necesidades en el pasado puede no satisfacer sus necesidades en el futuro, ya que su salud cambia con el tiempo. La inscripción abierta es la época del año en la que las personas pueden cambiar de plan sin multas. Las fechas para la inscripción abierta dependerán del tipo de cobertura del seguro médico que tenga. Por ejemplo, si tiene un plan de un empleador, entonces varía, pero muchos empleadores tienen una inscripción abierta en el otoño para que el año del plan comience el 1 de enero. Si está comprando un plan en el Mercado federal, la inscripción abierta en la mayoría de los estados es entre el 1/11 y el 15/1. A partir del otoño de 2026, para el año del plan 2027, el período de inscripción abierta en el Mercado será entre el 1/11 y el 15/12, pero los estados que administran sus propios mercados pueden extender el período de inscripción abierta hasta el 31/12. Si usted tiene Medicare, la inscripción abierta es entre el 10/15 y el 12/7 todos los años.

Para obtener más información sobre seguros médicos, visite

TriageHealth.org/Espanol/#Seguromedico.

Esta Guía rápida se desarrolló en colaboración con:



PP-ONC-USA-2126