



Ayudar a los consumidores a elegir el mejor plan

Una parte clave de su rol como agente o corredor es educar e informar a sus clientes sobre todos los aspectos de un plan del Mercado para que elijan la cobertura de seguro médico que es adecuada para ellos. Este recurso ofrece a agentes y corredores consejos para ayudar a los consumidores a tomar las mejores decisiones de plan.

Recuerde aspectos de los planes del Mercado

Al trabajar con consumidores, debe tener en cuenta toda la información del plan, como primas, deducibles y posibles costos de bolsillo. Factores importantes para considerar incluyen, pero no se limitan a:

- **Primas:** Muchos consumidores del Mercado tendrán acceso a una variedad de planes con pocas o ninguna prima mensual debido a los Pagos Anticipados del Crédito Tributario de Primas (APTC, en inglés), un tipo de ayuda financiera que los consumidores pueden recibir a través del Mercado.
- **Deducibles:** Ayuda a los consumidores a entender que existen varios tipos de deducibles (por ejemplo, deducibles médicos y de medicamentos recetados, dependiendo de si el servicio está dentro o fuera de la red de proveedores del plan). Asegúrese de hablar con los consumidores sobre los servicios y los costos asociados para que conozcan qué podría llevarlos a alcanzar su deducible.
- **Costos de bolsillo:** Analizar los costos de bolsillo puede ser un buen punto de partida al comparar muchos planes disponibles. Explique a los consumidores que la cantidad de cuidados de salud usados en el pasado y en la actualidad

puede ayudarle a estimar los costos de bolsillo anuales y, en última instancia, guiarlo a la mejor selección de plan. Los consumidores que esperan usar más su cobertura, como los que probablemente necesitarán más medicamentos recetados y visitas al médico, pueden beneficiarse de elegir un plan que cubra más de su atención, aunque eso pueda representar una prima mensual más alta. Algunos inscritos en el Mercado pueden obtener otro tipo de ayuda: Reducciones de Costos Compartidos (CSR, en inglés), que generalmente solo están disponibles si se inscribe en un plan Plata. Ayude a los consumidores a considerar los costos totales más allá de las primas. Los consumidores pueden visitar [CuidadoDeSalud.gov/choose-a-plan/your-total-costs/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/choose-a-plan/your-total-costs/) para obtener información sobre posibles costos de bolsillo, planes disponibles y sus precios.

Ayuda a los consumidores a solicitar la cobertura adecuada

Los agentes y corredores ayudan a los consumidores a inscribirse en el tipo de cobertura para la que tienen derecho. No deben inscribir a los consumidores que sean elegibles para Medicaid/CHIP en un Plan de Salud Calificado (QHP, en inglés) con ayuda financiera, aunque le pidan que lo inscriba en la cobertura del Mercado o que mantenga a toda su familia en el mismo QHP. Si los consumidores son potencialmente elegibles para Medicaid o CHIP, los agentes y corredores pueden ayudarlos a comunicarse con la agencia estatal correspondiente para solicitar esta cobertura. Esta es una excelente manera de seguir apoyando a sus clientes. Incluso si sus clientes se inscriben en Medicaid/CHIP, saben que es un recurso de confianza y que puede ser una fuente

de referidos futuros.

Cosas para tener en cuenta al ayudar a los consumidores con la selección de planes

Una parte importante de ser agente o corredor incluye ayudar a los consumidores a considerar todas las opciones de planes e inscribirlos en el que mejor se adapte a sus necesidades. Muchos consumidores pueden beneficiarse de descuentos en gastos de bolsillo a través del Mercado, lo que puede complicar la decisión. Como agente o corredor, debería ayudar a los consumidores a considerar todos los gastos, incluyendo primas, deducibles y costos de bolsillo antes de tomar una decisión.

Existen dos tipos principales de ahorros a los que los consumidores pueden ser elegibles:

Pagos Adelantados de los Créditos Tributarios para Primas (APTC)

Los APTC son créditos tributarios que los consumidores pueden usar para reducir su pago mensual de prima por cobertura a través del Mercado. La elegibilidad de los consumidores para APTC se basa en la proyección de ingresos anuales del hogar que atestigüen en su solicitud del Mercado y puede ajustarse según la verificación del Mercado. Recientes cambios legales eliminaron el límite de la cantidad excedente de APTC que debe ser devuelto al IRS en la declaración de impuestos si un consumidor califica para menos de lo estimado, por ejemplo, si sus ingresos son superiores a los esperados. Debería ayudar a los consumidores a entender que cuando aplican APTC a sus primas mensuales, corren el riesgo de tener que devolver el exceso en el momento de la declaración de impuestos si cambian sus circunstancias. Si los ingresos de su consumidor cambian a lo largo del año, debería ayudarlo a contactar con el Mercado y reportar este cambio, ya que la cantidad del crédito tributario para prima puede ser ajustado.

Reducciones de Costos Compartidos (CSR)

Los CSR son descuentos que reducen la cantidad que los consumidores deben pagar por gastos de su bolsillo para la cobertura del Mercado, como deducibles, copagos y coseguros. La elegibilidad para CSR de acuerdo con los ingresos se basa en los ingresos del hogar y requiere que la persona o familia se inscriba en una categoría de plan Plata y sea elegible para APTC.

Nota: Los agentes y corredores deben recordarles siempre a los consumidores los posibles costos de bolsillo de los planes más allá de las primas mensuales, que pueden afectar a los gastos totales del consumidor a lo largo del año. Los agentes y corredores también deberían revisar con el consumidor la cobertura previa para entender mejor qué le gustó y qué no le gustó de su plan.

Use la herramienta Ver Planes y Precios

La herramienta para ver planes y precios en CuidadoDeSalud.gov permite a los consumidores ver un resumen de opciones de planes y sus precios según su ubicación e ingresos. Ingresando su código postal y respondiendo a algunas preguntas sobre los miembros de su hogar e ingresos estimados (sin proporcionar información identificable), los consumidores podrán encontrar planes de seguro médico que se adapten a sus necesidades. La herramienta para ver planes y precios en CuidadoDeSalud.gov también incluye estimaciones de primas que muestran los ahorros para los que los consumidores pueden recibir basadas en la información ingresada. Al usar esta herramienta para comparar planes, puede ayudar a su cliente a encontrar el mejor plan para él. Los consumidores pueden acceder a la herramienta de ver planes y precios en [CuidadoDeSalud.gov/see-plans/#/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/see-plans/#/).

Considerar el Nivel de Metal que mejor se adapta a las necesidades de los consumidores

Otro factor clave en el proceso de selección de planes es ayudar a los consumidores a elegir planes en el nivel que mejor se adapten a sus

necesidades individuales. Es importante que hable con sus clientes sobre su historial único de cuidado médico y su cobertura previa; entender qué les gustaba y qué no de su plan anterior le ayudará a sugerir la mejor opción de plan. Cada nivel de metal tiene diferentes atributos claves que deben explicar detalladamente a los consumidores para su consideración. A continuación, se presentan recordatorios y diferencias claves entre cada uno de los planes de acuerdo con el nivel de metal.

- **Bronce:** Los planes Bronce suelen tener las primas mensuales más bajas pero los costos más altos asociados a la cobertura. Estos planes pueden ser una buena opción para los consumidores que buscan una forma económica de protegerse frente a los peores escenarios médicos. Puede revisar el costo de cosas como cirugías de emergencia, enfermedades graves o lesiones que puedan requerir hospitalización junto a sus clientes para asegurarse de que comprenden los posibles costos de su bolsillo. Si su consumidor estuvo previamente inscrito en un plan Bronce, debería revisar estos costos con él para asegurarse de que entiende cómo serían esos pagos si se inscribieran en otro nivel metálico, como Plata. Es importante señalar que la prima mensual de un plan Bronce será menor, pero tienen costos de bolsillo más altos, por lo que los consumidores pagarán **la mayoría de los cuidados rutinarios por sí mismos, lo que podría costarles más durante el año** que los planes de otros niveles de metal. A partir del 1 de enero de 2026, cualquier plan Bronce (o Catastrófico) disponible en el Mercado califica como un Plan de Salud con Alto deducible (HDHP, en inglés) y es elegible para la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, en inglés). Para estos planes, los consumidores pueden abrir una (HSA, en inglés) y los fondos de la HSA pueden usar para pagar gastos médicos calificados. Los planes idénticos Bronce y Catastróficos disponibles fuera del Mercado también son elegibles para la HSA.
- **Plata:** Los planes Plata suelen tener **primas mensuales** y costos de bolsillo moderados, pero ofrecen oportunidades de ahorro únicas para los consumidores que cumplen los requisitos para **los CSR**. Los planes Plata suelen ser una buena opción para quienes están dispuestos a pagar una prima mensual ligeramente mayor para cubrir más de su atención rutinaria. Los planes Plata también son la única forma para que la mayoría de los consumidores que cumplen los requisitos para los CSR puedan aprovechar estos ahorros mejorados. Las CSR reducen los costos de deducibles, copagos y coseguros para consumidores con ingresos anuales proyectados por hogares entre el 100% y el 250% del nivel federal de pobreza (FPL). Los consumidores con ingresos anuales previos entre el 100% y el 200% FPL reciben la mayor ayuda, siendo la inscripción en los planes Plata que suele cubrir más primas y costos de bolsillo que los planes Oro o incluso, en algunos casos, los planes Platino. Los consumidores elegibles para la CSR que se inscriban en un plan Plata también pueden tener una prima baja tras recibir el APTC. Muchos consumidores elegibles para CSR se beneficiarían de inscribirse en planes Plata.
- **Oro:** Los planes Oro suelen tener **primas mensuales más altas** y costos bajos cuando los consumidores necesitan atención. **Los deducibles para los planes Oro suelen ser bajos.** Estos planes pueden ser una buena opción para consumidores que no cumplen los requisitos para CSR, que tienen intención de usar atención médica con más frecuencia y que están dispuestos a pagar más cada mes para cubrir costos, sabiendo que pagarán menos al buscar tratamiento.
- **Platino:** Los planes Platino tienen las **primas mensuales más altas** y los costos más bajos para uso sanitario. Los deducibles son los más bajos en comparación con otros niveles de metales, lo que significa que el plan Platino empezará a pagar su parte de los costos de salud antes que otros niveles de metales. Por estos motivos, estos planes pueden ser una buena opción para los consumidores que no cumplen los requisitos para los CSR, que **requieren un cuidado considerable** y están dispuestos a pagar una prima mensual elevada, sabiendo que casi todos los demás costos

estarán cubiertos.

Planes catastróficos

La política de exención por dificultades del Mercado Facilitado a nivel Federal, FFE, para el Año del Plan 2026 y años futuros, incluirá una exención por dificultades para quienes no sean elegibles para APTC o CSR debido a sus ingresos, lo que les permitirá inscribirse en una cobertura catastrófica independientemente de la edad. Los planes catastróficos generalmente tienen primas mensuales más bajas, están diseñados para proteger a los consumidores de costos médicos muy elevados en caso de enfermedad grave o lesión y deben cubrir tres visitas de atención primaria antes del deducible. Desde el 1 de enero de 2026, cualquier plan Catastrófico (o Bronce) disponible en el Mercado califica como un Plan de Salud con Alto deducible (HDHP, en inglés) y es elegible para la Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA, en inglés). Esto significa que los consumidores pueden abrir un HSA y los fondos del HSA pueden usar para pagar gastos médicos calificados. Los planes Catastróficos idénticos disponibles fuera del Mercado también son elegibles para la HSA.

Cuenta de ahorro para la salud (HSA, en inglés)

Las HSA permiten a los consumidores reservar dinero antes de impuestos para pagar cosas como coseguro, copagos, deducibles y otros gastos médicos calificados. Los consumidores que se inscriben en un plan elegible para la HSA pueden pagar una prima mensual más baja, pero tienen un deducible más alto. Si un consumidor combina su plan elegible para HSA con una HSA, puede pagar el deducible del plan, además de otros gastos médicos calificados, usando el dinero que reservó en su HSA libre de impuestos. Esto significa que los consumidores que no necesitan muchos artículos de salud pueden beneficiarse de la prima mensual más baja, mientras que los que necesitan más atención pueden ahorrar usando el dinero libre de impuestos de su HSA para pagarlo. Además, los

saldos de las HSA se acumulan año tras año, por lo que los consumidores pueden acumular dinero reservado para pagar artículos y servicios de salud que pueda necesitar más adelante. Puede encontrar planes elegibles para HSA en [CuidadoDeSalud.gov/see-plans/#/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/see-plans/#/), buscando por "Elegible para un HSA." Lea más sobre los HSA en [CuidadoDeSalud.gov/high-deductible-health-plan/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/high-deductible-health-plan/).

Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA, en inglés)

Los HRA son planes de salud basados en cuentas que los empleadores pueden ofrecer a sus empleados, donde reembolsan los costos de las primas y los gastos médicos. Los empleadores pueden ofrecer a sus empleados un Acuerdo de Reembolso de Salud con Cobertura Individual (ICHRA, en inglés) o un Acuerdo de Reembolso de Salud para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA, en inglés). Los consumidores deben tener cobertura médica para poder usar la HRA. Puede aprender más sobre las HRA y consultar las cartas con los Sigüientes Pasos para HRA (que pueden ayudarlo a determinar la asequibilidad de la oferta de ICHRA o QSEHRA de un empleador) en [CuidadoDeSalud.gov/job-based-help/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/job-based-help/). Más recursos sobre HRAs están disponibles en [CMS.gov/marketplace/private-health-insurance/health-reimbursement-arrangements](https://www.CMS.gov/marketplace/private-health-insurance/health-reimbursement-arrangements). Las preguntas frecuentes para agentes y corredores sobre HRAs están disponibles en <https://www.agentbrokerfaq.cms.gov/s/>.

