Venta de planes de seguro de la Ley de Cuidado de Salud Asequible

Una guía para agentes autorizados que se expanden a nuevos mercados

Tabla de contenido

Introducción 2

¿Qué es la ACA? 3

¿Quiénes califican? 5

¿Cuándo pueden obtenerlo? 6

5 razones para vender planes de seguro de la ACA 7

Cómo encontrar el plan adecuado para cada persona 9

Estrategias de venta de la ACA 13

Pasos para comenzar 18

Conclusión 19

Apéndice A 20



yourFMO
Your one-stop-shop for growth

The information herein is proprietary and for agent use only. Not affiliated with the U.S. government or federal Medicare program. For agent use only. Not for use with consumers.

RO6006625

Introducción

Establecida en 2010, la Ley de Cuidado de Salud Asequible representa un enfoque transformador de la atención médica en los Estados Unidos, diseñado para ampliar la cobertura de seguro médico a millones de personas y, al mismo tiempo, hacer que la atención médica sea más asequible. Mediante la introducción de mandatos, subsidios e intercambios de seguros, la ACA ha abierto muchas oportunidades para que las personas accedan a un seguro médico, beneficiando particularmente a quienes anteriormente no tenían seguro o tenían afecciones preexistentes.

Más de 21 millones de estadounidenses han obtenido cobertura de seguro en virtud de la ACA, por lo que la demanda de personas con los conocimientos y las habilidades necesarios para orientarse en el mercado es mayor que nunca. Los agentes autorizados tienen la oportunidad de marcar una verdadera diferencia al ayudar a las personas a comprender y acceder a los beneficios disponibles para ellas. Es una oportunidad para crecer profesionalmente y, al mismo tiempo, contribuir positivamente a la salud y el bienestar de innumerables estadounidenses.

"Un récord histórico de 21.3 millones de personas eligen la ACA en 2024..."

- CMS.gov

¿Qué es la ACA?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), a veces denominada Obamacare, reformó significativamente la atención médica en los EE. UU. cuando se convirtió en ley federal en 2010. Amplió Medicaid e introdujo medidas para hacer que la cobertura de salud fuera más accesible y asequible. La ACA impide que las aseguradoras rechacen la cobertura debido a afecciones preexistentes y establezcan tarifas más altas en función del estado de salud. Promueve la atención preventiva, haciendo que los exámenes de salud periódicos sean más accesibles.

10 disposiciones clave:

- **Mandato individual:** La mayoría de los estadounidenses estaban obligados a tener un seguro médico o pagar una multa, con vigencia a partir del 1 de enero de 2014, pero una legislación posterior redujo esta multa a cero.
- **Intercambios de seguros médicos:** Se establecieron intercambios de seguros médicos para ofrecer opciones de cobertura, con subsidios disponibles según los ingresos.
- **Afecciones preexistentes:** A partir del 23 de septiembre de 2010, se prohibió a las aseguradoras negar la cobertura a menores de 19 años debido a afecciones preexistentes.
- **Atención preventiva:** Todos los nuevos planes de seguro deben cubrir la atención preventiva y los exámenes médicos sin cobrar copagos, coseguros ni deducibles.
- **Cobertura para adultos jóvenes:** Las personas dependientes pueden permanecer en el plan de seguro de sus padres hasta cumplir 26 años.
- **Medicamentos biológicos genéricos:** La ACA autorizó a la FDA a aprobar versiones genéricas de medicamentos biológicos y otorgó a los fabricantes de productos biológicos 12 años de uso exclusivo antes de que puedan desarrollarse versiones genéricas.

- **Exhibición del contenido calórico:** Los restaurantes de cadena y los establecimientos de alimentos con 20 o más ubicaciones están obligados a mostrar el contenido calórico de sus alimentos en los menús y las máquinas expendedoras.
- **Expansión de Medicaid:** La ACA amplió Medicaid para cubrir a más personas de bajos ingresos.
- **Reembolso de medicamentos de Medicaid:** El reembolso de Medicaid para medicamentos de marca se incrementó al 23.1 %, y el reembolso se extendió a los planes de atención administrada de Medicaid.
- **Fondo de Prevención y Salud Pública:** Se creó un fondo para apoyar programas e investigaciones destinados a prevenir enfermedades crónicas.

"La ACA reformó significativamente la atención médica en los EE. UU...."

10 beneficios esenciales

Los planes de la ACA, disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos, deben cubrir los siguientes diez beneficios esenciales:

1. Servicios ambulatorios para pacientes
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Embarazo, maternidad y atención del recién nacido
5. Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias
6. Medicamentos recetados
7. Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
8. Servicios de laboratorio
9. Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
10. Servicios pediátricos

Además de estos beneficios básicos, los planes del Mercado también deben incluir cobertura para:

- Anticonceptivos
- Lactancia materna

Si bien estos son los requisitos mínimos, los servicios específicos cubiertos dentro de cada categoría pueden variar según el estado, y muchos planes ofrecen beneficios adicionales, como:

- Cobertura dental
- Cobertura de la vista
- Programas de manejo médico para necesidades específicas (es decir, control de peso, diabetes)

¿Quiénes califican?

Para que una persona sea elegible para inscribirse a través del Mercado, debe:

- Vivir en los EE. UU.
- Ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o ser un no ciudadano legalmente presente en los EE. UU.
- No estar encarcelado.
- No tener actualmente cobertura de Medicare.

"Los beneficiarios de Medicare no son elegibles para inscribirse en un plan de salud o dental del Mercado."

– *HealthCare.gov*

¿Qué es el Mercado?

El Mercado de Seguros Médicos, administrado por el gobierno federal, ayuda a las personas, familias y pequeñas empresas al:

- Permitirles comparar y elegir planes de seguro médico según las opciones de cobertura y el costo.
- Proporcionar una plataforma para inscribirse o cambiar de plan de seguro médico.
- Ofrecer información sobre créditos fiscales para seguros privados y programas de salud pública como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés).

Acceda al Mercado en línea en *HealthCare.gov*. Para recibir asistencia por teléfono, puede comunicarse con el Mercado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Los consumidores pueden inscribirse a través de HealthCare.gov o de un Mercado Basado en el Estado, dependiendo de su estado de residencia. Debido a que las operaciones del Mercado pueden cambiar de un año a otro, los agentes deben verificar la plataforma de inscripción correspondiente a través de CMS antes de ayudar a los consumidores.

Para encontrar el Mercado específico de su estado, visite *healthcare.gov/marketplace-in-your-state/*.

¿Cuándo pueden obtenerlo?

Los consumidores pueden inscribirse en un plan de salud de la ACA durante el período de Inscripción Abierta del 1 de noviembre al 15 de enero. Estas son algunas fechas importantes:

- **1 de noviembre:** Comienza la Inscripción Abierta. Es cuando pueden inscribirse, renovar o cambiar su plan de salud para el año siguiente.
- **15 de diciembre:** Esta es la fecha límite para inscribirse o cambiar de plan si desean que su cobertura comience el 1 de enero.
- **1 de enero:** Comienza la cobertura para quienes se inscribieron o cambiaron de plan antes del 15 de diciembre.
- **15 de enero:** Finaliza la Inscripción Abierta. Después de esta fecha, solo pueden inscribirse o cambiar de plan por un motivo especial, como contraer matrimonio o perder otra cobertura de salud.

Dependiendo de sus ingresos y del lugar donde vivan, podrían ser elegibles para obtener cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o CHIP en cualquier momento. Si la persona experimenta cambios específicos en su vida o tiene bajos ingresos, también podría calificar para inscribirse en otros momentos del año mediante un Período Especial de Inscripción.

Los períodos de OEP son diferentes en los Mercados de Seguros estatales de California, Colorado, Connecticut, Idaho, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Pensilvania, Rhode Island, Vermont, el Distrito de Columbia y Washington.

"Inscripción Abierta de la ACA: del 1 de noviembre al 15 de enero."

ACA SEP

Los Períodos Especiales de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) se activan por eventos específicos. Estas son las principales categorías:

1. **Cambios en el hogar** (es decir, matrimonio, nacimiento de un hijo, divorcio, fallecimiento de un familiar)
2. **Cambios de residencia** (es decir, mudarse a otro código postal/condado, mudarse a los EE. UU.)
    - Nota: Otras mudanzas pueden calificar, pero mudarse únicamente para recibir tratamiento médico o por vacaciones no califica a una persona para un SEP.
3. **Pérdida de cobertura de salud** (es decir, cobertura basada en el empleo, individual, Medicaid/CHIP/Medicare Parte A)
4. **Otros cambios que califican, como…**
    - Cambios en los ingresos que afectan la elegibilidad para la cobertura.
    - Convertirse en ciudadano de los EE. UU.
    - Salir de la cárcel.

Los consumidores pueden calificar para un Período Especial de Inscripción (SEP) cuando experimentan un evento de vida que califica, como la pérdida de cobertura, matrimonio, nacimiento, adopción, reubicación u otras circunstancias aprobadas por CMS. La elegibilidad para un SEP está sujeta a las regulaciones vigentes de CMS y a los requisitos de verificación.

Documentación y verificación: Al solicitar un SEP, las personas deben proporcionar documentos que confirmen los eventos de vida que las hacen elegibles para el período. Esta documentación es esencial para verificar las circunstancias que permiten el SEP.

Proceso de inscripción: Los agentes autorizados deben orientar a las personas durante el proceso de solicitud, lo que incluye declarar que la información proporcionada es verdadera, especialmente los hechos que las hacen elegibles para un SEP. En algunos casos, como ciertos acuerdos con empleadores o la pérdida de cobertura, puede ser necesario comunicarse con el Centro de Atención Telefónica del Mercado para completar la inscripción, ya que la inscripción en línea podría no estar disponible.

Apelaciones y circunstancias especiales: Si a una persona se le niega un SEP, pero considera que cumple con los requisitos, puede apelar la decisión. También existen circunstancias limitadas en las que alguien podría calificar para un SEP debido a eventos fuera de su control, como un desastre natural.

"Los agentes deben orientar a las personas durante el proceso de solicitud."

5 razones para vender planes de seguro de la ACA

1. Amplíe su negocio con un nuevo grupo demográfico.

Podrá comenzar a llegar al diverso grupo demográfico de personas menores de 65 años. Esto incluye a minorías y estadounidenses de bajos ingresos que buscan cada vez más opciones de atención médica asequibles. Al participar en el Mercado de la ACA, los agentes de ventas pueden acceder a un segmento grande y subrepresentado, brindando servicios a personas que anteriormente podrían no haber tenido acceso a un seguro médico.

"Acceda a un segmento grande y subrepresentado."

2. Aproveche la demanda históricamente alta.

La demanda de planes de la ACA se encuentra en un nivel sin precedentes, con 21.3 millones de personas que eligieron la cobertura del Mercado de la ACA en 2024. Esto representa un aumento significativo con respecto a años anteriores, lo que indica una confianza y dependencia cada vez mayores en el Mercado para brindar soluciones de atención médica asequibles. Este aumento en las inscripciones destaca el potencial para que los agentes de ventas tengan más interacciones y transacciones, por lo que es un momento ideal para comenzar a ofrecer planes de la ACA.

"La demanda de planes de la ACA se encuentra en un nivel sin precedentes."

3. Benefíciese de mayores ahorros para los clientes y de planes asequibles

Gracias a medidas legislativas como la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 y la Ley de Reducción de la Inflación, más personas que nunca son elegibles para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud, incluidas aquellas que anteriormente no eran elegibles. Estas leyes han introducido mayores ahorros y han hecho que los planes sean más asequibles, y en 2024, cuatro de cada cinco clientes de HealthCare.gov encontraron cobertura por $10 o menos al mes después de los subsidios. Para los agentes autorizados, esto significa la posibilidad de ofrecer a los clientes planes más competitivos y rentables, aumentando el atractivo de los planes de la ACA y potencialmente incrementando la satisfacción y retención de los clientes.

"Ofrezca planes más competitivos y rentables."

4. Disfrute de un proceso de certificación simplificado.

El Mercado de la ACA simplifica el proceso de incorporación para los agentes de ventas nuevos y aquellos que regresan mediante una certificación única y sin costo. El registro y la capacitación para el año del plan 2024 de los agentes de ventas y corredores ya están disponibles a través del Sistema de Gestión del Aprendizaje del Mercado (MLMS, por sus siglas en inglés) de CMS, con opciones para participantes nuevos y recurrentes. Este enfoque simplificado permite a los agentes de ventas cumplir con los requisitos regulatorios y comenzar a ofrecer planes de la ACA de manera eficiente.

"El Mercado de la ACA simplifica el proceso de incorporación."

5. Aumente sus ingresos.

La venta de planes de seguro de la ACA puede aumentar los ingresos de un agente autorizado. Las comisiones no están establecidas a nivel federal. Las compañías de seguros determinan sus tasas de comisión, pero deben cumplir con las normas de cada estado. Las comisiones varían según el tipo de plan, como HMO, PPO o EPO, y se pagan en función de la estructura del plan. Los agentes reciben comisiones mensuales, calculadas por miembro por mes (PMPM) o por contrato por mes (PCPM). Los agentes autorizados que inscriben a una familia pueden recibir una comisión mensual por cada miembro de la familia con un plan PMPM. Con un plan PCPM, recibirían una tarifa fija independientemente de cuántas personas estén inscritas en el plan. Cuando un cliente se inscribe por primera vez, el agente recibe una comisión inicial. Por cada año que el cliente permanezca inscrito, recibirá una comisión de renovación.

"Las comisiones varían según el tipo de plan … y se pagan en función de la estructura del plan."

¿En qué nivel del FPL se encuentran?

El nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se ajusta anualmente para tener en cuenta la inflación y los cambios en el costo de vida. Varía según el tamaño de la familia y el estado en el que viven, ya que algunos estados, como Alaska y Hawái, tienen niveles de pobreza más altos debido al mayor costo de vida.

Las cifras del FPL determinan la elegibilidad de una persona para recibir ahorros en el seguro médico del Mercado. Las siguientes cifras de ingresos del FPL de 2024 se utilizan para calcular la elegibilidad para Medicaid y CHIP. Las cifras de 2023 se utilizan para calcular los ahorros en los planes de seguro del Mercado para 2024.

Las pautas del Nivel Federal de Pobreza se actualizan anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los agentes siempre deben utilizar los montos del FPL correspondientes al año en curso al determinar la elegibilidad para la cobertura del Mercado, los Créditos Fiscales para Primas, Medicaid, CHIP y las Reducciones de Costos Compartidos.

Nivel Federal de Pobreza (FPL)

TAMAÑO DE LA FAMILIA	CIFRAS DE INGRESOS DE 2025	CIFRAS DE INGRESOS DE 2026
Para particulares	$15,650	$15,960
Para una familia de 2	$21,150	$21,640
Para una familia de 3	$26,650	$27,320
Para una familia de 4	$32,150	$33,000
Para una familia de 5	$37,650	$38,680
Para una familia de 6	$43,150	$44,360
Para una familia de 7	$48,650	$50,040
Para una familia de 8	$54,150	$55,720
Para una familia de 9+	Agregue $5,500 por cada persona adicional	Agregue $5,680 por cada persona adicional

FUENTE: HealthCare.gov

"Las cifras del FPL se utilizan para determinar la elegibilidad de una persona para recibir ahorros…"

Cómo encontrar el plan adecuado para cada persona

¿Califican para un subsidio de la ACA?

Los Créditos Fiscales para Primas están disponibles para los consumidores elegibles del Mercado que cumplen con los requisitos federales de elegibilidad. Para la cobertura de 2026 y 2027, la elegibilidad generalmente se aplica a los hogares que cumplen con los requisitos de ingresos e inscripción del Mercado y que no son elegibles para otra cobertura calificada y asequible. [healthinsurance.org], [irs.gov]

Así es como los subsidios de la ACA pueden beneficiar a los consumidores:

1. **Subsidios para las primas:** Estos son el tipo más común de subsidio de la ACA. Reducen el costo mensual de las primas de los planes adquiridos a través del Mercado. El monto del subsidio se basa en los ingresos del cliente en relación con el FPL y en el costo del plan de referencia (el plan Silver de segundo costo más bajo disponible en su área). Esto garantiza que el seguro médico siga siendo asequible independientemente de las fluctuaciones en los ingresos o del aumento de los costos de los planes.

2. **Reducciones de los costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés):** Disponibles únicamente con planes Silver que califican para subsidios, las CSR reducen los costos de bolsillo, como deducibles, copagos y coseguro. Los clientes elegibles para las CSR pagarán menos cuando reciban atención médica, lo que hace que la cobertura de salud sea asequible y utilizable. Para calificar para las CSR, los ingresos de la persona deben estar entre el 100 % y el 250 % del FPL.

Ambos tipos de subsidios están diseñados para hacer que el seguro médico sea más accesible y asequible, garantizando que más personas puedan recibir atención médica cuando la necesiten sin sufrir una carga financiera.

"En 2024, el 92 % de las personas inscritas en planes privados de la ACA recibieron subsidios."

¿Qué categoría de plan de salud es la mejor para ellos?

Los planes de seguro de la ACA se presentan en cuatro categorías: Bronze, Silver, Gold, y Platinum.

CATEGORÍA DEL PLAN	PRIMA MENSUAL	COSTO DE LA ATENCIÓN	DEDUCIBLE	COSTOS COMPARTIDOS	BUENA OPCIÓN SI
Bronze	Más bajo	Más alto	Más alto (miles de dólares anuales)	El cliente paga 40 %, el seguro paga 60 %	Quieren una forma de bajo costo para protegerse contra enfermedades graves o lesiones; pagarán la mayoría de los costos de la atención médica de rutina.
Silver	Moderado	Moderado	Más bajo que Bronze	El cliente paga 30 %, el seguro paga 70 %	Califican para ahorros adicionales o quieren tener una mayor cobertura de la atención médica de rutina sin una prima elevada.
Gold	Alto	Bajo	Bajo	El cliente paga 20 %, el seguro paga 80 %	Prefieren pagar más mensualmente para cubrir una mayor parte de los costos cuando necesiten tratamiento médico.
Platinum	Más alto	Más bajo	Muy bajo	El cliente paga 10 %, el seguro paga 90 %	Necesitan atención médica con frecuencia y están dispuestos a pagar una prima elevada para obtener una cobertura amplia.

Esta tabla resume los aspectos clave de cada categoría de plan, ayudando a los agentes de ventas a decidir cuál podría ser la opción más adecuada para la persona con la que están trabajando, según sus necesidades de atención médica y su situación financiera.

Ayudarles a comprender las fechas de entrada en vigor

Después de la inscripción, la cobertura rara vez entra en vigor de inmediato. Estas son algunas reglas generales relacionadas con las fechas de entrada en vigor de los seguros de la ACA:

- **Fechas de entrada en vigor durante el período de Inscripción Abierta:**
  - **Inscripciones realizadas antes del 15 de diciembre:** La cobertura comienza el 1 de enero.
  - **Inscripciones realizadas del 16 de diciembre al 15 de enero: La cobertura comienza el 1 de febrero.**
  - **Inscripción tardía en algunos Mercados administrados por los estados:** La cobertura puede comenzar el 1 de marzo si la inscripción se completa antes del 31 de enero.
- **Fechas de entrada en vigor de los SEP:**
  - **Regla general (posterior a 2022):** La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la finalización de la inscripción.
  - **Matrimonio:** La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la inscripción.
  - **Nacimiento, adopción u orden judicial:** La cobertura puede tener efecto retroactivo a la fecha del evento.
  - **Pérdida de otra cobertura:**
    - Si se realiza la inscripción antes de que finalice el plan anterior, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.
    - Si el plan anterior termina a mitad de mes, la nueva cobertura puede comenzar desde el primer día de ese mes.
- **Cambios en las reglas y fechas de entrada en vigor**
  - **Fechas de entrada en vigor de los Períodos Especiales de Inscripción (SEP):** Las fechas de entrada en vigor de la cobertura son determinadas por el Mercado en función del evento de vida que califica, la fecha de selección del plan y las normas federales o estatales aplicables del Mercado. Los agentes deben verificar los requisitos vigentes sobre las fechas de entrada en vigor a través del Mercado al momento de la inscripción. [cms.gov], [healthcare.gov]
  - **Orientación del Mercado:** Durante un Período Especial de Inscripción, la cobertura generalmente entra en vigor de acuerdo con las regulaciones vigentes del Mercado y el momento de la inscripción. Debido a que las reglas sobre las fechas de entrada en vigor pueden variar según el tipo de SEP y la plataforma del Mercado, los agentes deben confirmar la fecha de entrada en vigor aplicable antes de presentar una inscripción.

Fuentes: https://www.cms.gov/files/document/special-enrollment-periods-sep-verification-complex-case-scenarios.pdf

Orientación sobre la inscripción y las fechas de entrada en vigor del Mercado de HealthCare.gov

"Después de la inscripción, la cobertura rara vez entra en vigor de inmediato."

Recuerde: Manténgase siempre en cumplimiento

La autorización del consumidor es fundamental, ya que garantiza que los agentes y corredores autorizados obtengan el consentimiento documentado antes de acceder o actualizar la información de una persona en el Mercado. Esta documentación del consentimiento es un requisito de CMS y puede obtenerse mediante diversos formatos, como llamadas grabadas, mensajes de texto, correos electrónicos o documentos firmados. Consulte un formulario de muestra para imprimir en *CMS.gov*.

El proceso de ventas

Siga esta guía de ocho pasos para vender planes de seguro de la ACA por teléfono:

1. Introducción
2. Calificar
3. Obtener el consentimiento
4. Comenzar la solicitud
5. Presentación del producto
6. Breve descargo de responsabilidad
7. Completar la solicitud
8. Cierre

Introducción: Al igual que en cada llamada, debe realizarse de manera clara y con un tono agradable y servicial.

- *"Hola, mi nombre es (su nombre), de (nombre de la agencia), en una línea grabada. ¿Con quién tengo el placer de hablar?"*

Preguntas de calificación: Una respuesta de "sí" a cualquiera de las dos preguntas los descalifica para la ACA.

- *"¿Tiene algún beneficio de seguro médico a través de Medicare o Medicaid?"*
- *"¿Tiene cobertura proporcionada por un empleador o TriCare?"*

Estrategias de venta de la ACA

Obtener el consentimiento: Esta es una declaración requerida por HealthSherpa.

- *"Sr./Sra. _____, ¿me autoriza a actuar como su agente o corredor de seguros médicos autorizado para usted y todo su hogar, si corresponde, con el propósito de inscribirse en un Plan de Salud Calificado que se ofrezca en el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal?" (espere la respuesta)*

Comenzar la solicitud: Confirme su información mediante un proceso de recopilación de datos.

- Nombre legal
- Fecha de nacimiento
- Domicilio de residencia
- Número de teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Nombres legales de todas las personas que estarán aseguradas
- Ingresos del hogar, incluidos los de cualquier persona que viva en el domicilio
- Si está casado(a), ¿presenta sus declaraciones de impuestos de manera individual o conjunta?
- Consumo de tabaco: ¿Ha utilizado productos de tabaco cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses?
- Verifique la cobertura actual. ¿Tiene actualmente cobertura? En caso afirmativo, ¿por qué está buscando una nueva cobertura? Si corresponde: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo cobertura? ¿Cómo perdió esa cobertura?

Presentación del producto

Genere interés y confianza en el proceso:

- *"Mi objetivo es brindarle los mejores beneficios disponibles y verificar su elegibilidad para inscribirse en un plan de la Ley de Cuidado de Salud Asequible que se adapte mejor a sus necesidades. ¿Le parece bien?"*

Preséntese usted y a su empresa:

- *"Soy un agente autorizado y certificado en su estado, con acceso a todas las compañías aseguradoras disponibles en su área."*

Explique el proceso:

- *"Es rápido, sencillo y fácil. Le haré algunas preguntas para determinar si califica. Después, revisaremos los beneficios y completaremos una solicitud rápida. Le explicaré cómo utilizar su plan y le proporcionaré mi información de contacto para que pueda comunicarse conmigo en cualquier momento. Esto solo debería tomar entre 15 y 20 minutos. ¿Le parece bien?"*

Presentación del plan: Asegúrese de cubrir todos los elementos que se indican a continuación…

- Prima y deducible del plan
- Redes de atención preventiva, primaria, especializada y de urgencias
- Confirme cualquier proveedor específico dentro de la red al que la persona desee acudir
- Máximo de gastos de bolsillo
- Medicamentos con receta
- Cualquier beneficio adicional por el que el consumidor haya preguntado

- *"El plan puede proporcionarle el directorio de proveedores con todos los médicos de su área y una lista de medicamentos cubiertos. ¿Tiene alguna pregunta sobre los beneficios que revisamos?"*

Breve descargo de responsabilidad: Esto es necesario antes de procesar la solicitud.

- *"Si se reciben Créditos Fiscales Anticipados para las Primas, es posible que los consumidores deban presentar una declaración federal de impuestos sobre la renta y conciliar dichos créditos de acuerdo con los requisitos del IRS y del Mercado. No cumplir con los requisitos de conciliación aplicables puede afectar la elegibilidad futura para recibir asistencia financiera. Si sus ingresos o el tamaño de su hogar cambian con respecto a lo que indicamos en su solicitud, comuníquese con el Mercado o conmigo, ya que esto afectaría su crédito fiscal para las primas/declaración de impuestos. Para confirmar, Sr./Sra. (nombre y apellido), la información de su solicitud de inscripción es correcta según su leal saber y entender. Esta solicitud es para (mes y año de entrada en vigor), y yo, (nombre completo del agente), actuaré como agente registrado de su hogar de ahora en adelante. Nuestra agencia (si corresponde) tiene su permiso para realizar futuras gestiones de inscripción a fin de garantizar que este plan permanezca vigente, y yo seguiré siendo su agente. También puede revocar este permiso en cualquier momento llamándome y hablando conmigo."*

  - *"¿Entiende y está de acuerdo?" (Debe obtenerse un "sí" claro)*
  - *"¿Me da permiso para enviarle mensajes de texto y realizar llamadas telefónicas de seguimiento relacionadas con su inscripción e información sobre el plan?"*

Completar la solicitud

Revise y resuma toda la información de la solicitud con el consumidor antes de enviarla.

Cierre: Para continuar, debe recibir un "SÍ" verbal a cualquiera de las preguntas que se hagan.

"Gracias por permitirme ayudarle con su plan de seguro. Antes de finalizar, nuestro número gratuito de la Oficina Principal es xxx-xxx-xxxx, o puede enviarnos un correo electrónico a (dirección de correo electrónico). También podemos enviarle un mensaje de texto con la información. ¿Le parece bien? ¿Le molesta que nos comuniquemos con usted para enviarle actualizaciones por mensaje de texto y correo electrónico?

Como su agente, he revisado TODOS los planes y compañías aseguradoras y lo he inscrito en el plan con los mejores beneficios. Verá anuncios o recibirá llamadas en las que le ofrecerán $5,000 o $6,000 en recompensas. He revisado todos los planes disponibles y lo he inscrito en el plan con los mejores beneficios. Le aseguro que esas ofertas le harán perder el tiempo y probablemente reducirán sus beneficios. ¿Tiene sentido?

Otros problemas que podrían surgir al hablar con otras personas sobre esto son que otro agente cometa un error en su solicitud, lo que podría ocasionar sanciones y problemas con sus futuras declaraciones de impuestos.
Si alguien lo llama acerca de esto, pídale que lo incluya en la lista de "NO LLAMAR". ¿Le parece bien?

Su paquete de bienvenida y sus tarjetas de identificación deberían llegar en un plazo de 10 a 14 días. Nuevamente, ¡soy su agente de por vida! Estoy aquí para ayudarle, así que, si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese conmigo. ¡Le deseo un día fantástico y un año aún mejor!"

¡No olvide pedir referencias y realizar ventas cruzadas!

Ventas cruzadas con la ACA

Las ventas cruzadas proporcionan soluciones integrales y holísticas, y fortalecen su papel como guía de confianza, garantizando la lealtad de los consumidores y el crecimiento del negocio. Al vender planes de la ACA, considere lo siguiente para abordar las brechas de cobertura y fortalecer las relaciones con los clientes:

- **Adiciones de cobertura esencial:**
  - Ofrezca seguro dental y de la vista, ya que muchos planes de la ACA no los cubren.
- **Seguridad a largo plazo:**
  - Incluya seguros de vida, pólizas para gastos finales y planes complementarios, como seguro de indemnización hospitalaria, seguro por discapacidad, seguro de enfermedades graves y seguro de atención a corto y largo plazo.
- **Futuras necesidades de Medicare:**
  - Prepárese para la futura elegibilidad de los clientes menores de 65 años conversando sobre los planes Medicare Advantage, Parte D y los planes complementarios de Medicare.

"Las ventas cruzadas... proporcionan soluciones integrales y holísticas."

Pasos para comenzar

Estos son solo algunos pasos sencillos — descritos por HealthCare.gov — que puede seguir para comenzar a vender planes de la ACA a través del Mercado de Seguros Médicos:

1. **Crear una cuenta**
   - Si ya tiene una cuenta en el Portal Empresarial de CMS, renuévela para el año en curso en lugar de crear una nueva.
   - Visite el Portal Empresarial de CMS en *https://portal.cms.gov/* y seleccione "Registro de nuevo usuario" para crear una cuenta nueva.
2. **Identifíquese como agente o corredor**
   - Inicie sesión en su nueva cuenta del Portal Empresarial, seleccione "Solicitar acceso ahora" y elija el recuadro "FFM/Capacitación - Agentes/Corredores/Asistentes".
   - En el menú desplegable, seleccione "Agente o corredor del FFM".
3. **Confirme su identidad**
   - Proporcione la información necesaria para la verificación de identidad. Una vez confirmada, será redirigido a la página de inicio del Portal Empresarial de CMS.
   - Cierre sesión y espere unos minutos para que el rol de agente/corredor sea asignado a su perfil.
4. **Realice la capacitación requerida**
   - Vuelva a iniciar sesión en el Portal Empresarial de CMS, seleccione "Completar capacitación para agentes y corredores" y luego haga clic en el enlace "Acceder a la capacitación" para acceder al Sistema de Gestión del Aprendizaje del Mercado (MLMS) o a un proveedor aprobado por CMS.
   - Complete la información requerida de su perfil y guárdela/actualícela.
   - Elija el plan de estudios correspondiente (Mercado Individual o SHOP) y complete toda la capacitación requerida.
5. **Firme los acuerdos de privacidad y seguridad**
   - Vaya a "Capacitación actual" para iniciar y firmar electrónicamente los acuerdos de privacidad y seguridad de CMS.
   - Después de completar el plan de estudios, imprima su Certificado de Finalización del Registro.

¡Recuerde! Puede utilizar su cuenta existente del Portal Empresarial de CMS.

– *HealthCare.gov*

Conclusión

La ACA ha revolucionado la atención médica en los EE. UU., haciéndola accesible y asequible para millones de personas que anteriormente habían sido marginadas. Esta transformación va más allá de simples cambios en las políticas; permite que los agentes autorizados desempeñen un papel fundamental al orientar a las personas a través de las complejidades de las opciones de atención médica. Como agentes, la oportunidad de acceder a un mercado diverso y en crecimiento no es solo una expansión comercial, sino también una oportunidad para generar un impacto profundo en la vida de las personas, garantizando que la atención médica no sea un privilegio, sino un derecho accesible para todos.

Recursos de YourFMO

Visite YourFMO.com para explorar una amplia variedad de recursos gratuitos que le ayudarán a promocionar, hacer crecer y optimizar su proceso de ventas de la ACA.

Fuentes:

1. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/historic-213-million-people-choose-aca-marketplace-coverage
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Provisions_of_the_Affordable_Care_Act
3. https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/
4. https://www.hhs.gov/answers/health-insurance-reform/what-is-the-health-insurance-marketplace/index.html
5. https://www.healthcare.gov/quick-guide/dates-and-deadlines/
6. https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/
7. https://www.healthcare.gov/more-savings/
8. https://www.healthcare.gov/agent-broker-quick-start/
9. https://www.cms.gov/marketplace/agents/brokers/registration/training
10. https://www.healthinsurance.org/obamacare/subsidy-calculator/
11. https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/
12. https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/
13. https://www.cms.gov/files/document/cms-model-consent-form-marketplace-agents-and-brokers.pdf

yourFMO
Your one-stop-shop for growth

The information herein is proprietary and for agent use only. Not affiliated with the U.S. government or federal Medicare program. For agent use only. Not for use with consumers.