

**Estado de Nevada
Departamento de Negocios e Industrias
División de Seguros**

Guía de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para los Empleadores de Nevada

Scott J. Kipper, Comisionado

Brian Sandoval, Gobernador

Bruce H. Breslow, Director



Esta es una publicación de la División de Seguros de Nevada. Fue publicada el 9 de julio de 2013. Debido a la complejidad de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y a las nuevas reglas y guías emitidas diariamente por parte del gobierno federal, le recomendamos que consulte a un profesional de seguros y a un abogado para que lo aconsejen sobre lo que es mejor para su negocio.

Nota: *El 2 de julio de 2013, el Departamento de la Tesorería de los Estados Unidos anunció que las imposiciones a los empleadores que no proporcionen cobertura a sus empleados, mismas que originalmente se programaron para comenzar en el 2014, no se harán cumplir sino hasta el año 2015. Esta guía fue actualizada para reflejar este cambio el 9 de julio de 2013.*

Guía de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para los Empleadores de Nevada

El 23 de marzo de 2010 el Presidente Obama firmó la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (reforma del cuidado de la salud). La ley dictamina un gran número de reformas a los seguros de salud; muchas han comenzado a entrar en vigor en los últimos tres años, mientras que algunos de los cambios finales más significativos de la ley comenzarán a entrar en vigor el 1 de enero de 2014. El resto se pondrá en práctica en los próximos años.

Es muy probable que algunas de estas nuevas leyes y regulaciones afecten su negocio de alguna manera. Esta guía tiene como fin ayudarle a navegar estos cambios y estas oportunidades para que usted pueda tomar las mejores decisiones para su negocio mientras continúan cambiando las reformas a los seguros de salud en el 2014 y en los años por venir.

¿Tendré que proporcionar cobertura a mis empleados?

La ley no requiere que usted les proporcione seguro médico a sus empleados, sin embargo, **comenzando en el año 2015, si usted emplea a cincuenta o más trabajadores de tiempo completo o al equivalente de empleados de tiempo completo**, y usted no proporciona una **cobertura esencial mínima a bajo precio** a sus empleados de tiempo completo (y a sus dependientes), **usted tendrá que pagar una multa al Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés).**

Nota: El cumplimiento de las imposiciones para quienes no proporcionen cobertura estaba originalmente programado para comenzar en el 2014. Sin embargo, el Departamento de la Tesorería de los Estados Unidos anunció el 2 de julio de 2013 que pospondrá las multas de este aspecto de la ley hasta el año 2015.

La ley exime específicamente a todos los negocios que tienen menos de cincuenta empleados de tiempo completo o el equivalente de empleados de tiempo completo de esta imposición.

Para los empleadores que tienen cincuenta o más empleados de tiempo completo o el equivalente de empleados de tiempo completo y que **no** ofrecen cobertura esencial mínima a bajo precio, la multa será calculada de una de las tres siguientes maneras:

1. Si usted no proporciona ningún tipo de seguro y si por lo menos uno de los empleados de tiempo completo recibe los créditos de prima de impuesto por adelantado para comprar cobertura por medio de Silver State Health Insurance Exchange, también conocido como Nevada Health Link (Enlace de Seguro Médico Nevada), la multa será de \$2,000 por cada empleado de tiempo completo que usted tenga en su nómina después de los primeros treinta empleados.

2. Si usted proporciona seguro, pero este no califica como un seguro con la “cobertura esencial mínima”, la multa será de \$3,000 por cada empleado de tiempo completo que usted emplee, y al cual no se le haya ofrecido cobertura esencial mínima.
3. Si usted proporciona un seguro que califica como un seguro de “cobertura esencial mínima”, pero dicho seguro no cumple con el “valor mínimo” o no es de bajo precio, lo que significa que la contribución del empleado excede el 9.5 por ciento de su ingreso bruto ajustado modificado, la multa será de \$3,000 por cada empleado de tiempo completo que no cumpla con la medida de costo accesible del 9.5 por ciento.

¿Qué es un empleado de tiempo completo?

Para calcular su número de empleados para este propósito, se utiliza el número de sus empleados de tiempo completo y el número del equivalente de sus empleados de tiempo completo. Esto incluye a:

- Los empleados que trabajan un promedio de treinta horas o más a la semana.
- Los empleados que trabajan ciento treinta horas o más al mes.
- El número de horas trabajadas por todos los empleados de medio tiempo divididos entre ciento veinte (redondeando el total hacia **abajo** hasta llegar al número entero más cercano). Este es el conteo de su equivalente de empleados de tiempo completo.
- Los empleados de temporada están incluidos en su conteo. Para más información, por favor refiérase a la sección “Preguntas para Empleadores Grandes”.

Calculando Su Conteo Mensual de Empleados						
Nombre de la Compañía	Número de empleados de tiempo completo	Número de empleados de medio tiempo	Horas trabajadas por los empleados de medio tiempo	Número del equivalente de empleados de tiempo completo (divida el total de horas entre 120)	Conteo Total	¿Pagará una multa?
ABC Roofing	40	10	1,150	9	49	No
XYZ Flooring	5	60	6,000	50	55	Sí

Su conteo de empleados es el promedio anual de sus empleados de tiempo completo mensuales y del equivalente de empleados de tiempo completo redondeado hacia abajo hasta el número entero más cercano.

Calculando Su Conteo Anual Promedio de Empleados														
Empleados de Tiempo Completo y Equivalente de Empleados de Tiempo Completo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total	Promedio
	40	40	56	49	49	64	71	45	45	48	46	41	594	49

Para calcular su promedio anual, sume el total de empleados de tiempo completo y el equivalente de empleados de tiempo completo mensuales de su calendario del año pasado y divida el total entre 12. Redondee hacia **abajo** hasta llegar al número entero más cercano.

Es importante hacer notar que este cálculo toma en consideración a todos los empleados que trabajan para la misma persona, entidad o grupo. Por ejemplo, un individuo que es dueño de dos negocios que no están relacionados, y que cada uno de sus negocios cuenta con cuarenta empleados y equivalentes de tiempo completo, puede ser considerado como un empleador grande con ochenta empleados. Si usted tiene preguntas específicas sobre su situación o utiliza los servicios de una compañía que provee empleados temporales, por favor consulte a un abogado.

Para más información sobre cómo determinar si sus empleados son o no empleados de tiempo completo, visite la página <http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/tr12-01.html>.

¿Qué es la cobertura esencial mínima?

Para calificar como cobertura esencial mínima, un plan debe ser un plan patrocinado por el empleador y que se define como, con respecto a un empleado, un plan de salud de grupo (que incluye tanto planes completos de seguro como planes asegurados independientemente) o cobertura de planes de seguro médico de grupo ofrecida por un empleador a su empleado que es (1) cualquier plan o cobertura ofrecida en el mercado de grupos pequeños o grandes dentro de Nevada, o (2) un plan de salud que sea tratado como un plan de derechos adquiridos (*grandfathered*) bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que es ofrecido en el mercado de grupos.

¿Qué es el valor mínimo?

El valor mínimo es definido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos como la cobertura de por lo menos el sesenta por ciento del total de los costos permisibles de los beneficios proporcionados bajo el plan. Es una medida de beneficios, no una medida de la prima.

Una calculadora del valor mínimo estará disponible para los empleadores por parte del Servicio de Rentas Internas y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los empleadores pueden ingresar cierta información acerca del plan, tal como los deducibles y los co-pagos, en la calculadora para obtener una determinación sobre si el plan proporciona el valor mínimo. Si el plan cubre por lo menos el sesenta por ciento del total estimado de los costos permisibles, el plan cumple con los requisitos de “valor mínimo”.

¿Cómo sé si la cobertura que proporciono es de “bajo precio”?

Si el costo de la prima del seguro que proporciona el empleador le cuesta al empleado más del 9.5 por ciento del ingreso bruto ajustado modificado anual de su hogar, entonces la cobertura no se considera de “bajo precio” para dicho empleado. Si usted ofrece múltiples opciones de cobertura de salud, la medida de costo accesible aplica a la opción disponible de costo más bajo para el empleado que también cumple con los requisitos de valor mínimo.

Debido a que los empleadores generalmente no conocen los ingresos totales de los hogares de sus empleados, los empleadores pueden aprovechar uno de los “mecanismos de protección de costo accesible” establecidos dentro de las regulaciones federales. Bajo estos mecanismos de protección de costo accesible, un empleador puede evitar un pago si el costo de la cobertura del empleado no excede el 9.5 por ciento de los ingresos que el empleador le paga al empleado cada año, como se reporta en la Casilla Número 1 del Formulario W-2, o si la cobertura satisface cualquiera de los otros dos mecanismos de protección de costo accesible diseñados.

Para más información acerca de los mecanismos de protección de costo accesible refiérase al Registro Federal Vol. 78 n. 1 en la pág. 218 (2 de enero de 2013) en la página <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-01-02/pdf/2012-31269.pdf>.

¿Por qué mis empleados de medio tiempo y mis empleados de temporada deben ser contados para el propósito de la imposición?

Para que usted reciba la imposición o multa, usted debe emplear por lo menos cincuenta empleados de tiempo completo o una combinación de empleados de tiempo completo y medio tiempo que sea igual a por lo menos cincuenta.

Por ejemplo, cuarenta empleados de tiempo completo que han trabajado por lo menos treinta horas a la semana en promedio, más veinte empleados de medio tiempo que han trabajado en promedio quince horas a la semana, son en total un equivalente de cincuenta empleados de tiempo completo. Como empleador usted debe determinar cada año, basándose en el número actual de sus empleados, si usted requiere o no pagar una imposición.

Por ejemplo, si usted tuvo por lo menos cincuenta empleados de tiempo completo (incluyendo los equivalentes de tiempo completo) en el año calendario pasado, usted requerirá pagar la multa.

Si usted tiene empleados de temporada, entonces usted debe hacer el promedio del número de empleados a través de los meses el año para ver si usted tiene cincuenta o más empleados. El promedio debe tomar en consideración fluctuaciones a través del año. Si usted tiene cerca de cincuenta empleados de tiempo completo (incluyendo los equivalentes), y quiere saber qué hacer para el año 2015, un programa especial de transición se ha propuesto. Las regulaciones emitidas por el Servicio de Rentas Internas proporcionan información adicional acerca de cómo determinar el número promedio de empleados durante un año, así como información acerca de cómo tomar en consideración a los empleados que trabajan por salario, los cuales pueden no registrar sus horas laborales e información acerca de los empleados de temporada. Hay información adicional disponible en las páginas: www.cuidadodesalud.gov/es/businesses/ o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Los empleadores no deberán pagar una multa si dos condiciones se cumplen: El empleador tiene en promedio cincuenta o más empleados de tiempo completo (incluyendo equivalentes) por 120 días o menos, y los empleados quienes suman los cincuenta empleados son empleados de temporada. Si estas dos condiciones se cumplen, el empleador no está sujeto a una multa que resultaría por no cumplir con proveer cobertura a los empleados de tiempo completo.

Yo tengo cincuenta o más empleados, ¿puedo suplementar el salario de mis empleados en vez de ofrecerles un seguro médico?

No existe una estipulación sobre el pago monetario a los empleados con el fin de evitar la imposición. De acuerdo con la Sección 4980H del Código de Rentas Internas, un empleador con cincuenta o más empleados puede ser sujeto a una multa si cualesquiera de sus empleados de tiempo completo están certificados para recibir un crédito de prima por adelantado o una reducción en el costo compartido. Generalmente esto sucede cuando: (1) el empleador no ofrece a sus empleados de tiempo completo (y a sus dependientes) la oportunidad de inscribirse a una cobertura esencial mínima bajo un plan elegible patrocinado por el empleador; o (2) el empleador ofrece a sus empleados de tiempo completo (y a sus dependientes) la oportunidad de inscribirse a una cobertura esencial mínima bajo un plan patrocinado por el empleador que puede ya sea no ser de bajo costo en relación con el ingreso del hogar del empleado o que no proporcione un valor mínimo.

Otros cambios que afectan a los Empleadores

La Reforma del Cuidado de Salud afectará a los Empleadores Pequeños y a los Empleadores Grandes de diferente manera, es por eso que es importante que usted sepa cómo será clasificado su negocio cuando considere cómo le impactará esta ley.

Un empleador que tiene de uno a cincuenta empleados de tiempo completo y el equivalente de empleados de tiempo completo se considera un Empleador Pequeño.

Un empleador que tiene cincuenta y un o más empleados de tiempo completo y el equivalente de empleados de tiempo completo se define como un Empleador Grande.

Un propietario individual que no tiene empleados debe comprar un seguro como individuo.

Nota: Comenzando en el año 2016, los empleadores que tienen de uno a cien empleados de tiempo completo y el equivalente de empleados de tiempo completo serán considerados como Empleadores Pequeños.

Preguntas para Empleadores Pequeños

Yo soy un Empleador Pequeño que ofrece seguro médico a mis empleados, ¿cómo puedo saber si califico para recibir un crédito de impuesto?

Para reducir el costo de proporcionar cobertura usted puede calificar para un crédito de impuesto para pequeños negocios, mismo que puede ser tan alto como el 35 por ciento (hasta el 25 por ciento para los empleadores sin fines de lucro) para ayudarle a compensar el costo del seguro de los años fiscales 2010 hasta 2013. La cantidad del crédito se basa en el tamaño de su negocio. Entre menos empleados tenga, más alto será el crédito de impuesto para el que usted puede calificar potencialmente. Si usted no quedó en deber impuestos durante el año, usted puede decidir si quiere utilizar el crédito para años fiscales pasados o futuros. Los empleadores sin fines de lucro que no deben impuestos pueden recibir un reembolso por la cantidad del crédito.

Para calificar para este crédito usted debe:

- Tener menos de veinticinco empleados equivalentes de tiempo completo;
- Pagar en promedio menos de \$50,000 en salarios anuales;
- Proporcionar seguro médico; y
- Pagar por lo menos el 50 por ciento de la prima de seguro médico de su empleado (no incluye al cónyuge o dependientes); y
- Comprar el seguro por medio del programa Exchange.

Comenzando en el 2014, el crédito de impuesto para negocios pequeños incrementará a un potencial de hasta el 50 por ciento (35 por ciento para empleadores sin fines de lucro).

Para más información sobre el crédito de impuestos visite la página:
<http://www.irs.gov/uac/Small-Business-Health-Care-Tax-Credit-for-Small-Employers>.

¿Qué necesito hacer cuando compre un Plan de Seguro Médico para un Grupo Pequeño?

Cobertura Garantizada

Si usted es un empleador pequeño con cincuenta o menos empleados, su negocio tiene el derecho de comprar un seguro médico de cualquier compañía de seguros sin importar el estatus de salud de sus empleados o de sus dependientes. Esta regla aplica cuando usted inicialmente solicita cobertura para empleadores pequeños y también si decide cambiar de planes. Las compañías de seguros médicos deben tener disponibles planes de salud para los empleadores pequeños que ofrecen a otras pequeñas empresas en Nevada.

Una compañía de seguros de salud debe aceptar a todas las personas incluidas en su grupo. Los empleados o sus dependientes (si usted ofrece cobertura para los dependientes) con condiciones de salud previas no pueden ser excluidos de la cobertura. Su seguro para el grupo (o para cualquier miembro del grupo) no puede ser cancelado si alguien en su grupo se enferma. A esto se le conoce como “renovación garantizada”.

Cobertura para Dependientes

La cobertura para dependientes debe extenderse a los adultos dependientes hasta que cumplan 26 años.

Estimación de tarifas de Seguros Médicos

A partir del 2014, cambiará la manera en la que las compañías de seguros médicos llevan a cabo sus estimaciones para determinar las tarifas para los individuos y para los pequeños negocios. Ellas solo podrán utilizar la edad, la composición de la familia, el área geográfica y el uso del tabaco como factores determinantes. El estado de Nevada ahora revisa todos los cambios de tarifas para los seguros médicos en los mercados individuales y de grupos pequeños.

La ley también requiere que las compañías de seguros médicos gasten la mayor parte del dinero de la prima en el cuidado de la salud. Esto significa que las compañías de seguros que venden pólizas a los individuos y a los grupos pequeños deben **gastar por lo menos el 80 por ciento de las primas** directamente en el cuidado médico y en esfuerzos para mejorar la calidad del cuidado o deben proporcionar un reembolso de prima a sus consumidores.

La División de Seguros de Nevada tiene un compromiso con la protección del consumidor y la transparencia en cuanto al costo de los seguros médicos. Lea más acerca de las tarifas de los seguros médicos en Nevada en la página rates.doi.nv.gov.

Cambios en la Cobertura Efectivos el 1 de enero de 2014

La mayoría de las reformas en el mercado de los seguros médicos entrarán en vigor el 1 de enero de 2014. Estos cambios afectan en su mayoría a los planes con

miembros quienes se inscribieron después del 23 de marzo de 2010; a estos planes se les conoce como planes que no tienen derechos adquiridos (*non-grandfathered plans*). Si usted se inscribió en un plan antes del 23 de marzo de 2010, el cual no ha cambiado de manera significativa, este se conoce como un plan de derechos adquiridos (*grandfather plan*). Muchas de las reformas no afectarán su cobertura con derechos adquiridos a menos que se estipule lo contrario.

Exclusión de Condiciones Pre-Existentes y la Prohibición de Precios Basados en la Salud

En el mercado de seguros médicos de grupos pequeños, las exclusiones de condiciones pre-existentes y los precios basados en la salud de los empleados se prohibirán comenzando el 1 de enero de 2014.

Beneficios de Salud Esenciales

Todas las pólizas de seguros médicos para grupos pequeños de todos los planes que no son de derechos adquiridos deben incluir los Beneficios Esenciales de Salud. Los Beneficios Esenciales de Salud son servicios establecidos para el cuidado de la salud seleccionados por el estado de Nevada que deben ser cubiertos sin “límites de dinero anuales o de vida”. Estos beneficios pueden tener otras limitaciones, tales como un límite de visitas. Estos beneficios incluyen:

- Servicios de ambulancia para pacientes;
- Servicios de emergencia;
- Hospitalización;
- Maternidad y cuidado de recién nacidos;
- Servicios de salud mental y tratamiento de afección por abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de la salud mental;
- Prescripción de medicamentos;
- Servicios y aparatos de rehabilitación y habilitación;
- Servicios de laboratorio;
- Servicios de prevención y bienestar y apoyo para enfermedades crónicas; y
- Servicios pediátricos, incluyendo el cuidado dental y de visión.

Para ver una lista completa de los Beneficios Esenciales de Salud del estado de Nevada, por favor visite la página <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/Downloads/nevada-ehb-benchmark-plan.pdf>.

Servicios de Cuidado Preventivo

Los servicios de cuidado preventivo deben de proporcionarse sin costo compartido alguno para el empleado siempre y cuando dicho servicio se proporcione por medio de un proveedor de la red. Esto significa que el proveedor de la red no puede cobrar un co-pago, deducibles o un co-seguro a la persona asegurada. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- Exámenes de presión arterial, de la diabetes y del colesterol;
- La mayoría de los exámenes para determinar si el paciente tiene cáncer, incluyendo las mamografías y las colonoscopías;

- Consejería en temas como el dejar de fumar, el bajar de peso, la alimentación saludable, el tratamiento de la depresión y el uso reducido del alcohol;
- Revisiones regulares de bienestar para bebés y niños desde recién nacidos hasta los 21 años;
- Vacunación de rutina contra enfermedades como el sarampión, la poliomielitis y la meningitis;
- Consejería, revisiones de bienestar y vacunas para asegurar un embarazo saludable; y
- Vacunas para la gripe y la neumonía.

Para ver una lista completa de los servicios de cuidado preventivo, por favor visite las páginas <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2010/07/preventive-services-list.html> o uspreventiveservicestaskforce.org

¿Cómo puedo comprar cobertura de seguro médico como un Pequeño Empleador?

Nuevamente, como pequeño empleador usted tiene garantizado el poder comprar una cobertura. Usted puede querer mantener la relación y la experiencia que ya existe con su agente de seguros con licencia, corredor de seguros o compañía aseguradora y continuar utilizando sus servicios en cuanto a la selección de seguros médicos para sus empleados.

Comenzando el 1 de octubre de 2013, usted también puede utilizar el programa Exchange, con o sin la asistencia de un agente con licencia o de un corredor de seguros, para inscribirse en un plan de seguro médico para su negocio.

Usted no requiere comprar un seguro por medio del programa Exchange.

El programa Exchange le permitirá recibir cotizaciones por parte de múltiples compañías de seguros al mismo tiempo. Usted podrá seleccionar qué planes quiere hacer disponibles para sus empleados y determinar el nivel de contribución que desea realizar hacia la prima compartida de estos (el programa Exchange tiene requisitos mínimos). Esto también significa que el empleado individual puede elegir de entre una variedad de planes de los que cuales puede escoger. Usted podrá escribir un solo cheque al programa Exchange para cubrir sus contribuciones y ellos serán responsables de distribuir los pagos de las primas a las compañías de seguro apropiadas.

Los navegadores y otros profesionales serán empleados por el programa Exchange para proporcionar guía y asistencia en la selección y compra de seguros médicos. Ellos estarán certificados por la División de Seguros de Nevada, lo que indicará que han cumplido con los requisitos mínimos de competencia para realizar estas tareas.

Recuerde verificar siempre con la División de Seguros de Nevada que la persona o compañía con la que está trabajando cuenta con una licencia, un certificado, o que esté autorizada para llevar a cabo negocios en este estado. Usted puede hacer esto visitando la página doi.nv.gov o puede comunicarse con la División del Norte de Nevada llamando al teléfono (775) 687-0700 y con la del Sur de Nevada llamando al teléfono (702) 486-4009.

Soy un empleador pequeño con empleados que viven o trabajan fuera de Nevada, ¿cómo afecta esto mi habilidad para comprarles seguros a ellos?

Si usted o sus empleados viven o trabajan fuera de Nevada, ellos pueden participar en su plan de seguro médico, sin embargo, dependiendo del plan seleccionado, estos empleados pueden tener un acceso limitado a los proveedores de la red y deberán buscar servicios de proveedores que no están en la red. Cada vez que se utiliza un servicio de un proveedor que no está en la red, existe un costo adicional para los empleados en forma de deducibles, co-pagos más altos y co-seguros.

¿Cómo afectará la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a mi Plan de Salud de Asociación?

En cuando se renueve su póliza en o después del 1 de enero 2014, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), cambiará las reglas que se aplican a los Planes de Salud de Asociación. Tradicionalmente estos planes eran ofrecidos a individuos y a empleados y les permitía juntarse para comprar un seguro de salud como “grupo” y ganando así el poder adquisitivo de un grupo grande.

La ACA eliminará todas las excepciones de cobertura que se venden por una asociación, incluyendo una “asociación bona fide”, al eliminar el requisito que solo los miembros de la asociación pueden comprar la cobertura.

La ley también dictamina que existe una pérdida individual de grupo para el mercado individual y que está separada del mercado de grupos pequeños. Esto significa que una asociación o un grupo pequeño de empleados debe ser tratado como un grupo pequeño y una asociación de individuos debe ser tratada como planes individuales. Ninguno de estos puede ser tratado como un grupo grande.

Preguntas para los Empleadores Grandes

Soy un Empleador Grande y ofrezco seguro a mis empleados, ¿tengo que cambiar los planes de seguro?

No, no es necesario que cambie los planes de seguro. Usted puede quedarse con el mismo plan que siempre ha tenido. Las siguientes reformas aplican para todos los planes (incluyendo los planes de derechos adquiridos o *grandfather plans*):

- Los límites de dinero de vida no pueden aplicarse a los beneficios de salud que son Beneficios Esenciales de Salud; y
- La cobertura para dependientes debe ser extendida a los niños adultos hasta que cumplan 26 años de edad.

Cambios en la Cobertura Efectivos para el Plan del Año 2014 en el Mercado de Grupos Grandes

Los planes de seguros de salud para grupos grandes no requieren ofrecer los Beneficios Esenciales de Salud, sin embargo, cualesquiera beneficios ofrecidos por estos planes que son Beneficios Esenciales de Salud no pueden contar con límites de dinero anuales o de vida.

Los servicios de cuidado preventivo deben ser proporcionados sin costo compartido alguno a los empleados siempre y cuando el servicio sea proporcionado por un proveedor de la red. Esto significa que un proveedor de red no puede cobrar co-pagos, deducibles o co-seguros a la persona cubierta. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- Exámenes de presión arterial, de la diabetes y del colesterol;
- Exámenes de detección de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopías;
- Consejería en temas como el dejar de fumar, el bajar de peso, la alimentación saludable, el tratamiento de la depresión y el uso reducido del alcohol;
- Revisiones regulares de bienestar para bebés y niños desde recién nacidos hasta los 21 años;
- Vacunación de rutina contra enfermedades como el sarampión, la poliomielitis y la meningitis;
- Consejería, revisiones de bienestar y vacunas para asegurar un embarazo saludable; y
- Vacunas para la gripe y la neumonía.

Como un Empleador Grande, ¿cómo puedo comprar un seguro médico?

Su corredor de seguro con licencia, agente o compañía de seguros continuará siendo el mejor recurso para comprar seguros médicos. Recuerde revisar con la División de Seguros en la página doi.nv.gov para asegurarse de que ellos cuenten con una licencia.

¿Puedo ofrecer un diferente nivel de cobertura, un diferente nivel de tasa de contribución o un diferente costo compartido a mis empleados que están en el nivel gerencial (u otros empleados selectos) que lo que ofrezco al resto de los empleados?

En el pasado, un plan de seguro médico de grupo podía proporcionar beneficios libres de impuestos a los ejecutivos y a otros individuos altamente remunerados aún si el plan discriminaba a favor de estos individuos con respecto a la elegibilidad de participar o en cuanto a los beneficios proporcionados. La ACA sujeta ahora a los planes de seguro médico de grupos a reglas similares a aquellas que contiene el Código 105(h) del Servicio de Rentas Internas si estos planes discriminan a favor de dichas personas. (Los planes de derechos adquiridos o *grandfather plans* no están sujetos a este cambio siempre y cuando el plan retenga su estatus de “derechos adquiridos”). Bajo la ACA, un empleador que patrocina un plan que discrimina a favor de los individuos altamente remunerados está sujeto a una penalidad de por lo menos \$100 al día multiplicada por el número de personas que han sido discriminadas.

Una guía cuando más la necesita

Comprar un seguro médico para su negocio puede ser confuso. Mientras navega a través de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y los nuevos retos y oportunidades que ha creado en el mercado de los seguros médicos, recuerde que la División de Seguros de Nevada está aquí para ayudarle.

Si aún tiene preguntas después de haber leído esta guía y de hablar con su agente o corredor de seguros o con su compañía de seguros, por favor comuníquese con la División de Seguros de Nevada en el Norte de Nevada llamando al (775) 687-0700 o en el Sur de Nevada llamando al teléfono (702) 486-4009. La División también puede ser contactada para las áreas rurales en Nevada llamando al (888) 872-3234.

Recuerde siempre verificar con la División de Seguros de Nevada que la persona o compañía con la que esté usted trabajando cuente con una licencia, certificado o que esté autorizada para llevar a cabo negocios en este estado. Usted puede hacer esto llamando a los números de teléfono arriba mencionados o en línea en la página doi.nv.gov.