Beneficios para empleados: Cómo elegir el plan de salud adecuado para usted y su familia

Guía para comparar planes, comprender las cuentas HSA y FSA y ahorrar dinero durante la inscripción.

Elegir un plan de salud puede parecer como aprender un idioma nuevo. Este documento explica los conceptos básicos, muestra cómo comparar las opciones con cifras reales y ofrece consejos para distintas etapas de la vida. Si se inscribe por primera vez, comience con la Sección 1.

Sección 1: Conceptos básicos

¿Qué significan estos términos de seguro?

- Prima: Lo que paga en cada período de nómina simplemente por tener el plan, lo use o no. Piense en ello como una suscripción mensual.
- Deducible: Lo que paga de su bolsillo por atención cubierta antes de que el plan comience a compartir los costos. Con un deducible de $1,000, paga los primeros $1,000 de gastos cubiertos (algunos servicios, como los chequeos, se cubren antes de alcanzar el deducible).
- Copago: Una cantidad fija por una consulta o receta, por ejemplo, $25 para ver al médico.
- Coseguro: Después de cumplir el deducible, el porcentaje de cada factura que usted sigue pagando. Con un coseguro del 20 %, usted paga el 20 % y el plan paga el 80 %.
- Máximo de gastos de bolsillo: La cantidad máxima que pagará en un año por atención cubierta. Una vez alcanzada, el plan paga el 100 %. Es la cifra del peor escenario.
- Dentro de la red: Médicos, hospitales y laboratorios que tienen acuerdos con su plan. Acudir a proveedores fuera de la red suele costar mucho más.

¿Qué cifras importan más al comparar planes?

La mayoría se fija en la deducción de nómina (su parte de la prima) porque es el costo más visible, seguro e inmediato. Es comprensible, pero puede provocar sorpresas costosas. Las personas suelen dar demasiado peso a la prima y muy poco a lo que podrían deber después. Un plan con una prima más alta no siempre ofrece más valor, y uno con una prima más baja no siempre resulta más económico cuando necesita atención.

Las cifras que suelen pasarse por alto hasta presentar un reclamo son el deducible, el coseguro y el máximo de gastos de bolsillo. Revise todas ellas y verifique si sus médicos están dentro de la red.

¿Cuál es la diferencia entre un PPO y un HDHP?

- Un PPO (plan tradicional) suele tener una prima más alta, un deducible más bajo y copagos predecibles para servicios comunes como atención primaria, atención de urgencia y medicamentos recetados.
- Un HDHP (plan de salud con deducible alto) suele tener una prima más baja y un deducible más alto. Es el único tipo de plan que permite abrir y aportar a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

Sección 2: Cómo revisar y comparar los planes

¿Cuál es un proceso sencillo para elegir un plan?

1. Revise el uso del año pasado. Cuente las consultas médicas, recetas, visitas a emergencias o atención de urgencia y consultas con especialistas o terapeutas de todas las personas cubiertas. Es el mejor indicador para el próximo año.
2. Agregue eventos conocidos o probables. Considere un embarazo, una cirugía programada, terapia continua, anteojos nuevos o una receta nueva.
3. Compare el costo anual total, no solo la deducción de nómina. Use esta fórmula: primas anuales + gastos de bolsillo previstos − ahorros fiscales.
4. Evalúe el peor escenario. Sume las primas anuales y el máximo de gastos de bolsillo del plan. Pregúntese si podría cubrir esa cantidad de ser necesario.
5. Verifique los detalles prácticos. Confirme que sus médicos y hospital estén dentro de la red, que sus medicamentos estén cubiertos (y en qué nivel) y que sea fácil consultar a especialistas.

¿Puede mostrarme un ejemplo?

Para un empleado con cobertura individual, una comparación sencilla de costos puede mostrar cuándo cada plan resulta más o menos favorable según la cantidad de atención utilizada durante el año.

Supuestos: Prima anual del PPO tradicional: $2,403.84; deducible PPO: $500; máximo de gastos de bolsillo PPO: $4,500. Prima anual del plan HSA: $205; deducible HSA: $2,500; máximo de gastos de bolsillo HSA: $4,500.

Nivel de uso	Ejemplo de gastos médicos	Costo total PPO (prima + parte del empleado)	Costo total HSA (prima + parte del empleado)	Diferencia (ahorro HSA)
Bajo	Atención preventiva y consultas ocasionales: $300	$2,703.84	$505.00	$2,198.84
Moderado	Varias consultas, pruebas y recetas: $2,000	$2,903.84 (prima + deducible de $500)	$2,205.00 (prima + gastos)	$698.84
Alto	Cirugía o evento médico importante: $10,000 o más	$4,903.84 (prima + aprox. $2,500 de participación en costos)	$4,205.00 (prima + aprox. $4,000 de participación en costos)	$698.84
Muy alto	Reclamo catastrófico que alcanza el máximo de gastos de bolsillo	$6,903.84 (prima + máximo de $4,500)	$4,705.00 (prima + máximo de $4,500)	$2,198.84

Conclusión

El PPO ofrece mayor cobertura desde el primer dólar, con un deducible mucho más bajo, lo que resulta atractivo para empleados que prefieren costos compartidos predecibles al recibir atención. Sin embargo, las contribuciones de nómina considerablemente más altas hacen que paguen mucho más independientemente de cuánto utilicen la atención.

El plan HSA exige asumir más costos iniciales debido al deducible más alto, pero las primas mucho más bajas compensan gran parte de ese riesgo. Como ambos planes tienen el mismo máximo de gastos de bolsillo de $4,500, en este ejemplo el plan HSA produce un costo anual máximo menor para una persona con cobertura individual, además de ahorros importantes en años de uso bajo o moderado.

¿Cuándo debería elegir un plan con prima más alta y deducible más bajo?

Este tipo de plan probablemente sea adecuado si:

- Prevé atención frecuente, recetas continuas o una cirugía o embarazo planificados.
- Una factura inesperada de $3,000 a $6,000 le causaría dificultades económicas importantes.
- Sus médicos u hospital solo están dentro de la red de ese plan.

- Prefiere costos predecibles (como copagos fijos) al menor costo previsto.

¿Cuándo debería elegir un HDHP con prima más baja?

Este tipo de plan probablemente sea adecuado si:

- En general goza de buena salud y tiene ahorros para cubrir el deducible.
- Invertiría en la HSA a largo plazo.

¿Qué más debo considerar además del costo?

- La red de proveedores. Conservar un médico u hospital de confianza es una de las principales razones para permanecer en un plan o cambiarlo.
- Los copagos de servicios comunes. Si le gusta saber exactamente cuánto costará una consulta o receta, puede convenirle un plan basado en copagos.
- La inercia. Es fácil quedarse en el plan actual por costumbre. Las opciones, primas, redes y listas de medicamentos cambian cada año; revise sus opciones en vez de renovar automáticamente.

Sección 3: Cómo encontrar el plan adecuado para su situación

Tengo 18 años o acabo de comenzar mi primer empleo. ¿Qué debo hacer antes de elegir cobertura?

- Pregunte por el plan de sus padres. En EE. UU., generalmente puede permanecer en el plan de salud de uno de sus padres hasta los 26 años. Según el plan, puede ser más económico o mejor que el nuestro. Compare ambos.
- Piense en el último año. ¿Con qué frecuencia visitó al médico, dentista o terapeuta? ¿Toma medicamentos regularmente? ¿Practica deportes o actividades con mayor riesgo de lesiones?
- Verifique sus médicos y recetas. Si desea conservar un médico, asegúrese de que esté dentro de la red. Busque sus medicamentos en la lista del plan.
- No omita la inscripción. Quedarse sin cobertura puede ser económicamente devastador si se lesiona o enferma.
- Haga preguntas. El equipo de Beneficios espera recibirlas.

Soy joven, soltero/a y generalmente saludable.

Un HDHP con una HSA suele ofrecer el mejor valor. La prima es más baja y el dinero no utilizado de la HSA se acumula de un año a otro y puede invertirse. Mantenga un fondo de emergencia suficiente para cubrir el deducible.

Excepción: si toma regularmente un medicamento costoso o consulta a un terapeuta cada semana, calcule primero los costos. Un plan con deducible más bajo podría ser mejor.

Tengo una enfermedad crónica o tomo medicamentos especializados.

Los planes con deducibles más bajos suelen ser mejores. Revise los niveles de cobertura de medicamentos, las reglas de autorización previa y los requisitos de farmacias especializadas; confirme también que sus especialistas estén dentro de la red.

Estoy planeando un embarazo.

Prevea alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, por lo que debe comparar las primas más el máximo de gastos de bolsillo de cada plan. El plan con deducible más bajo suele ser mejor. Además:

- Confirme que su obstetra y el hospital donde dará a luz estén dentro de la red.
- Pregunte si la cobertura del bebé agrega un deducible independiente.

Soy soltero/a y tengo entre 40 y poco más de 50 años.

A menudo comienzan a surgir pruebas de detección, nuevas recetas y problemas ortopédicos. Guíese por los reclamos reales del año pasado en lugar de suponer que sigue utilizando pocos servicios.

Tengo una familia con niños pequeños.

- Los niños generan reclamos pequeños y frecuentes (infecciones de oído, atención de urgencia, vacunas), y los planes familiares tienen deducibles más altos.
- Verifique si el deducible familiar es individual integrado (cada persona tiene su propio límite) o acumulado (primero debe cumplirse el deducible de toda la familia).
- Compare el costo de agregar dependientes. En algunos planes agregar un hijo cuesta poco; en otros supone un aumento considerable.
- Si paga guardería o cuidado después de clases, considere la FSA para el cuidado de dependientes (Sección 4).

Mi cónyuge y yo tenemos cobertura de nuestros empleadores.

- Compare los planes de ambos empleadores antes de elegir. A veces es más barato que uno cubra a toda la familia y otras veces conviene dividir la cobertura. Preste atención a los recargos por cónyuge.
- Si uno de los cónyuges tiene una HSA, la FSA de salud de propósito general del otro puede impedir que el titular aporte a la HSA. Consulte a Recursos Humanos o a un asesor fiscal antes de elegir ambas.

Tengo 55 años o más.

- Puede agregar una aportación adicional de recuperación de $1,000 a una HSA.
- El uso previsto de servicios suele ser mayor, así que calcule los costos en lugar de elegir automáticamente la prima más baja.
- Una HSA puede ser un fondo con ventajas fiscales para gastos médicos futuros, incluso durante la jubilación. Las aportaciones a la HSA deben detenerse al inscribirse en Medicare; planifique el momento adecuado.

Sección 4: HSA, FSA y otras cuentas

¿Qué es una HSA (Cuenta de Ahorros para la Salud)?

Una HSA solo está disponible con un plan elegible de deducible alto. Es ideal para quienes desean acumular ahorros y pueden asumir un deducible mayor.

- Aporta dinero antes de impuestos y puede usarlo para gastos médicos elegibles.
- Las aportaciones, el crecimiento y los retiros para gastos elegibles tienen ventajas fiscales.
- El dinero no gastado se acumula cada año, puede invertirse y sigue siendo suyo aunque deje la empresa.
- Límites del IRS para 2027: $4,500 para cobertura individual y $9,000 para cobertura familiar. Las aportaciones del empleador cuentan para estos límites.
- Las personas de 55 años o más pueden aportar $1,000 adicionales.

¿Qué es una FSA de salud (Cuenta de Gastos Flexibles)?

Una FSA de salud también permite usar dinero antes de impuestos para gastos médicos, pero funciona con planes tradicionales. Es más útil cuando tiene gastos previsibles, como lentes de contacto, anteojos, ortodoncia, recetas habituales o procedimientos programados.

- El monto anual total elegido está disponible desde el primer día.
- El dinero no utilizado generalmente se pierde o está sujeto a un traspaso limitado, así que elija solo lo que esté seguro de gastar.
- Ahorro aproximado: pagar $1,200 de gastos previsibles mediante una FSA ahorra alrededor de $350 al evitar aproximadamente un 30 % en impuestos federales sobre la renta y de nómina. El ahorro real depende de su categoría impositiva.

- El límite para 2027 es de $3,400.

¿Qué es una FSA para el cuidado de dependientes?

Permite pagar guardería, preescolar o cuidado después de clases con dinero antes de impuestos. El límite actual es de $7,500 ($3,750 si está casado/a y declara impuestos por separado). No puede utilizar los mismos gastos tanto para esta cuenta como para el crédito fiscal por cuidado de hijos y dependientes; compare ambas opciones (o consulte a un profesional fiscal) para determinar cuál le ahorra más.

¿Debería elegir una HSA o una FSA?

Característica	HSA	FSA de salud
¿Requiere un HDHP?	Sí	No (funciona con planes tradicionales)
Dinero no utilizado	Se acumula; usted lo conserva	Generalmente se pierde o se permite un traspaso limitado
Ideal para	Acumular ahorros a largo plazo	Gastos previsibles
¿Se conserva al dejar el empleo?	Sí	No
¿Puede tener ambas?	Generalmente no con una FSA de propósito general. Las FSA de propósito limitado (dental y visión) pueden ser compatibles.	Generalmente no con una HSA, salvo que la FSA sea de propósito limitado (dental y visión).

¿Debería pagar más por un plan con mayor cobertura?

Si prevé atención frecuente, toma medicamentos regularmente o desea costos predecibles, un plan con prima más alta y deducible más bajo puede ser la opción más inteligente incluso sin una HSA o FSA. Consulte la lista de verificación de la Sección 2.

Sección 5: Formas de ahorrar dinero

¿Qué puedo hacer para reducir mis costos de atención médica?

- Utilice la atención preventiva gratuita. La mayoría de los planes cubren exámenes físicos anuales, pruebas de detección y vacunas sin costo.
- Permanezca dentro de la red. Esto incluye laboratorios, anestesiólogos y centros de diagnóstico por imágenes, no solo al cirujano.
- Elija centros de atención de menor costo. La telesalud y la atención de urgencia cuestan mucho menos que la sala de emergencias para situaciones que no son emergencias. Reserve la sala de emergencias para emergencias reales.
- Solicite medicamentos genéricos y suministros de 90 días por correo. Los genéricos funcionan igual y cuestan mucho menos. Los precios en efectivo con tarjetas de descuento pueden ser menores, pero esas compras podrían no contar para su deducible.
- Compare precios de procedimientos programados. Use la herramienta de estimación de costos del plan y pregunte cuánto costará el servicio antes de recibirlo. Los precios de imágenes y laboratorios pueden variar mucho.
- Planifique cuándo recibir atención. Si ya cumplió su deducible, programe la atención pendiente antes de que termine el año del plan.
- Revise otras coberturas. Evite pagar dos veces por un cónyuge o dependiente que tenga cobertura en otro lugar y tenga en cuenta cualquier recargo por cubrir a un cónyuge con otra cobertura.
- Busque incentivos de bienestar y por no consumir tabaco, que pueden reducir las primas.
- Revise su Explicación de Beneficios (EOB) y sus facturas. Los errores son frecuentes. Solicite facturas detalladas y cuestione cualquier cargo incorrecto.
- Utilice el Programa de Asistencia al Empleado (EAP), que a menudo incluye sesiones gratuitas de asesoramiento.
- Sea selectivo con las coberturas voluntarias adicionales (accidentes, enfermedades graves e indemnización hospitalaria). Solo valen la pena si cubren una necesidad que usted no podría afrontar por su cuenta.

Sección 6: Reglas de inscripción y errores comunes

¿Puedo cambiar mi plan durante el año?

Por lo general, no. Las elecciones de cobertura quedan fijas, salvo que tenga un evento de vida que reúna los requisitos, como matrimonio, nacimiento, adopción, mudanza o pérdida de otra cobertura.

¿Cuáles son los errores más frecuentes de quienes se inscriben por primera vez (y de quienes ya tienen experiencia)?

- Elegir la prima más baja sin revisar el deducible.
- No verificar si su médico está dentro de la red.
- No verificar si sus medicamentos están cubiertos.
- Renovar automáticamente sin revisar los cambios en primas, redes o listas de medicamentos.
- No inscribirse.
- Dejar pasar la fecha límite.
- Tener miedo de hacer preguntas.

Sección 7: Autoevaluación rápida

¿Qué preguntas debo hacerme antes de inscribirme?

- ¿Qué médicos y medicamentos necesito que estén cubiertos?
- ¿Cuál es la cantidad máxima que podría deber en un año difícil y podría pagarla?
- ¿Tengo gastos previsibles que una FSA podría cubrir antes de impuestos?
- ¿Alguna persona de mi plan tendrá próximamente un evento de vida importante?

¿Hay una lista de verificación que pueda usar?

☐ Comparé el plan de mis padres (si corresponde), el de mi cónyuge (si corresponde) y nuestros planes.

☐ Verifiqué que mis médicos estén dentro de la red.

☐ Verifiqué que mis medicamentos estén cubiertos.

☐ Sumé las primas y una estimación realista de mis gastos de atención.

☐ Revisé el peor escenario (primas más máximo de gastos de bolsillo) y consideré si podría afrontarlo.

☐ Consideré una FSA para gastos previsibles.

☐ Marqué la fecha límite de inscripción en mi calendario.

Dónde obtener ayuda

¿Tiene preguntas sobre sus opciones? Comuníquese con el Departamento de Beneficios al (616) 819-2043 o a benefits@grps.org.

Estas preguntas frecuentes ofrecen información general, no asesoramiento fiscal, legal ni financiero. Confirme los detalles en los documentos de su plan o consulte a un profesional fiscal sobre su situación particular.