

Protección de su Cobertura de Seguro de Salud

Este manual le explica...

- **Sus derechos y protecciones bajo las leyes federales más recientes**
- **Cómo mantener su cobertura actual**
- **Dónde conseguir más ayuda**

Protección de su Cobertura de Seguro de Salud

Protección de su Cobertura de Seguros de Salud

Contenido

Introducción	1
HIPAA le ayuda a conseguir y a mantener su cobertura de seguro de salud	
• Resumen	2
• Errores comunes con respecto a HIPAA	3
• 5 pasos para comprender como HIPAA puede ayudarlo	4
<i>Paso 1: Conozca los distintos tipos de cobertura de salud</i>	
<i>Paso 2: Determine el impacto de cualquier condición preexistente</i>	
<i>Paso 3: Averigüe si puede minimizar la duración del período de exclusión</i>	
<i>Paso 4: Entérese de las otras protecciones en su cobertura</i>	
<i>Paso 5: Averigüe cómo conseguir más información</i>	
• Preguntas y respuestas más comunes sobre HIPAA	17
Ley de Paridad de Salud Mental (MHPA)	
• Resumen	26
• Preguntas y respuestas más comunes sobre MHPA	27
Ley para la Protección de la Salud de Recién Nacidos y la Madre (NMHPA)	
• Resumen	29
• Preguntas y respuestas más comunes sobre NMHPA	30
Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer (WHCRA)	
• Resumen	33
• Preguntas y respuestas más comunes sobre WHCRA	34
Terminología	35
Dónde conseguir más información	41
• Contactos sobre HIPAA en el Departamento de Seguros de los Estados	42

Protección de su Cobertura de Seguros de Salud

En la vida ocurren toda clase de eventos que pueden afectar la cobertura de salud que usted necesita, o que le puede estar disponible. Cada año millones de Americanos enfrentan eventos de este tipo: sea el nacimiento de un bebé, el comienzo de una condición crónica o enfermedad debilitante, un divorcio, un cambio de empleo o el cierre de un negocio, recortes en la fuerza laboral, o reducciones en sus horas de trabajo.

A usted le conviene entender como estos y otros eventos en su vida pueden tener un impacto sobre la cobertura de su seguro de salud. Su habilidad de conseguir y conservar la cobertura de su seguro de salud puede serle especialmente preocupante, sobre todo si usted o sus miembros familiares tienen un historial de problemas médicos. Recientemente han habido cambios en la ley Federal que le brindan protecciones adicionales—aunque limitadas—a usted y sus miembros familiares a la hora de comprar, cambiar, o continuar su seguro de salud. Estas leyes importantes pueden afectar los beneficios de salud de millones de trabajadores Americanos y sus familias. Comprender estas protecciones, así como las leyes de su Estado, puede ayudarle a hacer una elección más informada si es que necesita hacerle cualquier cambio a su cobertura de salud. También puede ayudarle a entender como funcionan las protecciones que le ofrece la ley a su cobertura de salud.

El propósito de este manual es de brindarle un resumen de cómo pueden afectarle los cambios en la cobertura de los seguros de salud en cuatro leyes Federales:

- Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés);
- Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (MHPA por su sigla en inglés);
- Ley para la Protección de la Salud de Recién Nacidos y la Madre de 1996 (NMHPA por su sigla en inglés); y
- Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998 (WHCRA por su sigla en inglés).

Este manual no cubre todos los detalles de estas leyes. Pero le brinda a usted y a su familia información sobre sus derechos y protecciones bajo estas leyes. Al leer este manual, es importante recordar que las leyes

Comprender estas protecciones así como las leyes de su Estado, puede ayudarle a hacer una elección mejor informada si es que usted tiene que hacer cualquier cambio en su cobertura de salud.

Al leer este manual, también es importante recordar que la cobertura de seguros de salud es un tema muy complejo. Su cobertura y sus protecciones dependerán de su situación específica.

protección aún mayor a la hora de comprar, cambiar, o continuar su seguro de salud. Por lo tanto, la información en este manual sólo sirve como orientación general. Si usted tiene una pregunta detallada sobre las pautas y protecciones de cobertura en su Estado, póngase en contact con una de las fuentes que se listan al fin de este manual para conseguir más información (ver página 40).

Al leer este manual, también es importante recordar que la cobertura de seguros de salud es un tema muy complejo. Su cobertura y sus protecciones dependerán de su situación específica. Por ejemplo, es posible que usted tenga acceso a distintas protecciones de su cobertura de seguros de salud dependiendo de si usted trabaja y recibe su seguro por medio de su empleo, o si tiene cobertura individual. Para ayudarle, este manual incluye información general sobre las cuatro leyes Federales, y algunas de las preguntas y respuestas más frecuentes al respecto. Por otro lado, la cobertura de salud también puede ser difícil de entender, debido a que se utilizan distintas palabras y frases para describirla. Por lo tanto, usted encontrará una lista de los términos que se utilizan en el manual (señaladas en **letra negrilla**) y una lista de lugares para conseguir más información.

HIPAA le ayuda a Conseguir y Conservar su Cobertura de Seguro de Salud

Resumen

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, o (HIPAA por su sigla en inglés) incluye protecciones nuevas e importantes -aunque limitadas- para millones de trabajadores Americanos y sus familias. HIPAA puede:

- Aumentar su habilidad para conseguir la cobertura de un seguro de salud para usted y sus dependientes cuando comienza en un empleo nuevo;
- Reducir sus posibilidades de perder la cobertura de su seguro de salud existente, sea la que tenga por medio de su empleo, o en forma de un seguro individual de salud;
- Ayudarle a conseguir cobertura de seguro de salud continua para usted y sus dependientes cuando cambia de empleo; y
- Ayudarle a comprar cobertura de seguros de salud por cuenta propia, si es que pierde su cobertura bajo un plan de salud de grupo de empleador y no tiene disponible ningún otro tipo de cobertura de salud.

Entre sus protecciones específicas, HIPAA:

- Limita el uso de exclusiones por condiciones preexistentes;
- Le prohíbe a los planes de salud de grupo discriminar en contra suya al negarle cobertura, o cobrarle más por su cobertura, basándose en su estado de salud actual o pasado, o de sus familiares;
- Le garantiza el derecho a comprar un seguro de salud a ciertos empleadores pequeños, y a ciertos individuos que pierden su cobertura vinculada a su empleo; y
- En la mayoría de los casos, garantiza que los empleadores o individuos que compran seguros de salud pueden reanudar su cobertura, sin importar el estado de salud de cualquier individuo cubierto bajo esa **póliza** de seguro.

En resumen, HIPAA puede reducir las posibilidades de que usted pierda su cobertura existente, puede hacerle más fácil el cambiar de planes de salud, y/o puede ayudarle a comprar cobertura por cuenta propia si usted pierde el plan de su empleador y no tiene ninguna otra cobertura disponible.

ERRORES COMUNES CON RESPECTO A HIPAA

Si bien HIPAA sirve para protegerlo a usted y a su familia de muchas formas, a usted le conviene saber que es lo que NO hace.

- HIPAA NO requiere que los empleadores le ofrezcan o que paguen por la cobertura de salud para sus empleados, o cobertura familiar para los cónyuges y dependientes de sus empleados.
- HIPAA NO le garantiza cobertura de salud a todos los trabajadores;
- HIPAA NO controla la cantidad que un asegurador puede cobrar por cobertura;
- HIPAA NO requiere que los planes de salud de grupo ofrezcan beneficios específicos;
- HIPAA NO le da el derecho a quedarse con la misma cobertura de salud que tenía en su empleo antiguo cuando se traslada a un empleo nuevo;
- HIPAA NO elimina el uso de todas las exclusiones de condiciones preexistentes; y

Póliza

Una póliza de seguros o cualquier otro contrato (por ejemplo un contrato con un HMO) que le brinda cobertura de salud a usted o a su plan de salud de grupo.

Plan de Salud de Grupo.

Un plan de salud de grupo es un plan de beneficios pro bienestar del trabajador, mantenido por un empleador o sindicato, que le brinda servicios médicos a los empleados y frecuentemente a sus dependientes también.

Plan Asegurado

Un plan asegurado es un plan de salud de grupo bajo el cual los beneficios los brinda el empleador o sindicato que lo patrocina, al comprar la cobertura de un seguro de salud de un HMO o una compañía de seguros.

- HIPAA NO reemplaza al Estado como el regulador primario de los seguros de salud.

5 Pasos para entender como HIPAA puede afectarle

Para entender si HIPAA puede ayudarlo, y cómo, hay cinco pasos a seguir. Estos pasos por lo general significan que usted debe:

1. Conocer los distintos tipos de seguros de salud y cobertura de plan de salud de grupo que se ven afectados por HIPAA;
2. Evaluar el impacto de cualquier **condición preexistente** que usted tenga y que puedan necesitar de las protecciones limitadas de HIPAA;
3. Determinar cuál es la cobertura creditable que tiene, si es que la tiene;
4. Entender las otras protecciones HIPAA de cobertura que usted pueda tener; y
5. Saber adónde acudir para conseguir más información.



Paso 1: Conozca los distintos tipos de cobertura de salud

Antes de que entienda cómo HIPAA puede ayudarlo a proteger su cobertura de salud, usted debe conocer los distintos tipos de cobertura de salud. Esto es importante, ya que la ley brinda distintas protecciones según el tipo de cobertura de salud que usted tenga o quiera conseguir.

Tipos de Cobertura

HIPAA por lo general se aplica a 3 tipos de cobertura:

1. **Planes de Salud de Grupo.** Un plan de salud de grupo ofrece cobertura de salud, patrocinado por un empleador o sindicato, que le brinda servicios de salud a los empleados, y posiblemente a sus dependientes y retirados. Para entender sus derechos, usted tendrá que averiguar.
 - ¿Está este plan patrocinado por el Estado o un empleador del gobierno local?
 - ¿Está este plan patrocinado por una iglesia o un grupo de iglesias?
 - ¿Cubre este plan a menos de dos empleados activos?
 - ¿Está este plan patrocinado por un empleador pequeño o un empleador grande?

- ¿Es este plan un **plan asegurado**, que le compra cobertura de seguros de salud a un HMO o a otro **asegurador**, o es un **plan auto-asegurado**?

2. **Seguro Individual de Salud.** La cobertura individual de seguro de salud es cobertura de seguro de salud vendido por los HMOs u otras aseguradoras de salud a individuos que no forman parte de un plan de salud de grupo. Si bien la cobertura de salud puede plan de salud de grupo puede proveerse por medio de una asociación u otro grupo, como por ejemplo grupos de estudiantes universitarios o de individuos auto-empleados, todavía se considera que es un plan de seguro “individual” de salud si no se brinda a través de uno.

3. **Cobertura Comparable por Medio de un Grupo de Riesgo Alto.** Algunos Estados han establecido grupos de riesgo alto para poder brindarle cobertura de salud a personas que de otra forma no podrían conseguir cobertura de seguro de salud en el mercado individual.

Elegibilidad para las Protecciones de HIPAA

Si en la actualidad usted no está cubierto por ningún tipo particular de plan o seguro, usted deberá determinar para que plan es elegible.

1. Su elegibilidad para inscribirse en un plan de salud de grupo lo determina el reglamento del plan de salud de grupo, y los términos del contrato de cualquier seguro que haya comprado por medio de un plan asegurado.
2. Su elegibilidad para que HIPAA le garantice su derecho a comprar cobertura de seguro individual de salud (cosa que, en ciertos Estados, será por medio de un grupo de riesgo alto) depende de su habilidad de reunir TODOS los siguientes requerimientos:
 - Usted debe tener por lo menos 18 meses de **cobertura creditable** sin ninguna interrupción significativa en su cobertura o sea, un período de 63 días o más durante los cuales usted no tuvo cobertura. Si usted consigue cobertura antes de la medianoche del 63er día, no ha incurrido una interrupción significativa;
 - Su cobertura más reciente debe haber sido por medio de un plan de salud de grupo (por medio de su empleo o sindicato o el de un miembro familiar);

Cobertura Creditable

La Cobertura Creditable es cobertura de salud previa que se toma en cuenta para determinar la duración permisible de los períodos de exclusión por condiciones preexistentes (para individuos que consiguen su cobertura por medio de planes de salud de grupo) o para determinar cuando un individuo es elegible para HIPAA.

Individuo Elegible para HIPAA

Un individuo elegible para HIPAA es una persona a quien HIPAA le garantiza el derecho de comprar la cobertura de un seguro individual de salud sin exclusiones por condiciones preexistentes.

Inscripción Especial

La inscripción especial es una oportunidad para afiliarse en un plan de salud de grupo sin tener que esperar por un período de inscripción abierta.

- Usted no es elegible para conseguir cobertura bajo ningún otro tipo de plan de salud de grupo; usted no es elegible para Medicare ni Medicaid;
- Usted no tiene ningún otro tipo de seguro de salud;
- Usted no perdió su seguro debido a que no pagó sus primas, o cometió fraude; y
- Usted aceptó y siguió utilizando su cobertura de continuación de COBRA (ver página 12 para conseguir más detalles) o cobertura similar del Estado si es que se lo ofrecieron.

Si usted reúne estos requisitos, será **elegible para HIPAA**.

Una vez que usted sabe el tipo de cobertura de salud que tiene, o quiere pedir, entonces comenzará entender como es que HIPAA puede protegerlo a usted y a su familia.

Cuando usted consigue un empleo nuevo

Si usted consigue un trabajo nuevo que le ofrece un plan de salud de grupo, o si es elegible bajo el plan de salud de grupo de otro miembro familiar, primero debe determinar si HIPAA se aplica al plan de salud de grupo. Por ejemplo, si el trabajo es con una iglesia, o con un empleador del Estado o del gobierno local, o con un empleador muy pequeño, las protecciones de HIPAA puede ser más limitadas. Pídale a su empleador nuevo más información sobre HIPAA, o llame al Departamento de Seguros de su Estado, en la lista que aparece a partir de la página 44.

Si HIPAA sí se aplica a su plan de salud de grupo, por lo general:

- Le pone límite a la duración de las exclusiones por condiciones preexistentes; estas pueden evitar que usted y sus dependientes consigan cobertura completa;
- Generalmente le prohíben al plan de salud que le niegue cobertura, o que le cobre tarifas más altas en base a su historial médico o su salud actual (o la de sus dependientes); y
- Puede darle un **período de inscripción especial** para inscribirse en el plan de salud de grupo cuando usted pierde otra cobertura, si es que usted eligió no afiliarse al plan de salud cuando se volvió elegible por primera vez, o cuando

Cuando usted abandona su trabajo, o por otras razones pierde la cobertura de su plan de salud de grupo

Si usted es un individuo elegible para HIPAA, y solicita su cobertura individual de salud dentro de los 63 días de haber perdido la cobertura de su plan de salud de grupo, HIPAA:

- Le garantiza que usted podrá elegir entre por lo menos dos opciones de cobertura;
- Le garantiza que usted será elegible, sin importar las condiciones médicas que tenga, para comprar algún tipo de cobertura individual, sea de una aseguradora de salud, un grupo de riesgo alto, o alguna otra fuente designada por su Estado; y
- Le garantiza que usted no será sujeto a ninguna exclusión por condiciones preexistentes.

HIPAA NO le pone límite a la cantidad que le pueden cobrar a usted por su póliza. Sin embargo, la Ley Estatal sí puede imponer límites. Por otro lado, si su cobertura es por medio de un **Plan de Red (Network Plan)**, HIPAA no le garantiza que se reanudará su póliza si usted se muda fuera del área de servicio de los proveedores que contratan con su asegurador. Además, si su cobertura es por medio de un grupo de riesgo alto, y usted se muda fuera del Estado, HIPAA no le garantiza que se reanudará su cobertura.



Paso 2: Determine el impacto de cualquier condición preexistente

Tradicionalmente, muchos planes de salud de grupo patrocinados por empleadores, así como las aseguradoras de salud en los mercados de grupo e individuales, le limitaban o negaban cobertura a condiciones que un individuo tenía antes de su inscripción en ese plan. A estos tipos de exclusiones se les conoce como **exclusiones por condiciones preexistentes**.

Aunque en el pasado tales exclusiones eran un problema a las personas que buscaban cobertura de salud, en determinadas situaciones HIPAA y otras leyes Federales pueden ayudar a resolver este problema. La mejor forma de entender las protecciones que le brinda la ley es de recordar dos cosas. Primero, HIPAA establece determinados requisitos y límites bajo los cuales puede imponerse una exclusión por condiciones preexistentes. Segundo, si usted tiene una condición preexistente, HIPAA le ayuda a minimizar el impacto de la misma sobre su acceso a cobertura de salud.

Plan de Red

Un plan de red (*network plan*) es una póliza de seguro de salud que le brinda cobertura por medio de un conjunto definido de proveedores que tienen un contrato con la aseguradora de salud.

Exclusión por Condición Preexistente

Una exclusión por condición preexistente le limita o niega beneficios en base a una condición médica que existía antes de la fecha en que comenzó esa cobertura.

Condición Médica

Una condición médica es cualquier condición física o mental que resulta de una enfermedad, herida, embarazo, o deformación congénita.

Fecha de Inscripción

Su fecha de inscripción es el primer día en el que usted puede recibir beneficios bajo un plan de salud de grupo, O, si el plan impone un período de espera, el primer día de su período de espera. A menos de que usted escoja no participar en el plan en el momento que lo contratan, su fecha de inscripción por lo general será la fecha en la cual usted comienza a trabajar.

Por favor note que si usted es un individual elegible para HIPAA en el mercado individual, no se le puede imponer a su cobertura ninguna exclusión por condiciones preexistentes.

Limitaciones sobre exclusiones por condiciones preexistentes en el mercado de seguros de grupo

Aún si un miembro de su familia tuvo una condición médica en el pasado, es posible que el plan de salud de grupo no pueda utilizarlo como base para una exclusión por condiciones preexistentes. HIPAA le impuestas sobre aquellas **condiciones médicas** para las cuales se tas sobre aquellas **condiciones médicas** para las cuales se recomendó o recibió un consejo médico, diagnosis, cuidado, o tratamiento dentro del período de los 6 meses antes de su **fecha de inscripción**—o sea, su primer día de cobertura, o, si hay un período de espera, el primer día de su período de espera. Esto típicamente es el día en que a usted lo contrataron. A este período de 6 meses a veces se le llama un período “retrospectivo”. Las leyes de algunos Estados reducen este período retrospectivo si su plan de salud de grupo es un plan asegurado.

Minimizando el impacto de las exclusiones

En muchas instancias, HIPAA puede reducir el impacto de una exclusión por condiciones preexistentes. Esto lo hace principalmente de dos maneras. Primero, la ley limita el tiempo durante el cual una exclusión puede evitar que usted consiga cobertura; y segundo, HIPAA por lo general le permite a su seguro de salud antiguo reducir el tiempo durante el cual puede aplicarse la exclusión; en casos determinados puede hasta eliminar del todo a dichas exclusiones. Por otra parte, no se permite imponer ninguna exclusión por condiciones preexistentes sobre niños recién nacidos o adoptados, que se inscriben dentro de 30 días, ni sobre el embarazo.

El período de exclusión comienza

El período de exclusión debe comenzar con su fecha de inscripción. Por lo general no puede durar más de 12 meses. Si usted no se inscribe al ser elegible por primera vez, y no se inscribe cuando tiene derechos especiales de inscripción, el plan puede rehusarse a cubrir condiciones preexistentes hasta por 18 meses después de su ingreso al plan.

Requisitos de aviso

Antes de que una exclusión por condiciones preexistentes pueda aplicarse a su cobertura, los materiales de información al consumidor del plan deben informarle si el plan impone exclusiones por condiciones preexistentes. Su plan de salud de grupo debe enviarle un aviso por escrito de que a usted se le impondrá una exclusión. El aviso debe describir la duración del período de exclusión atribuible al hecho que usted no tiene suficiente cobertura creditable. El aviso también debe describir las maneras en que usted puede demostrar cuanta cobertura creditable tiene a su disposición.



Paso 3: Averiguar si puede minimizar la duración de la exclusión

Una vez que usted sabe que tiene una condición preexistente que está sujeta a una exclusión, es importante recordar que su cobertura previa de seguro de salud posiblemente puede acortar o eliminar la duración de la exclusión por condiciones preexistentes.

Bajo los reglamentos de HIPAA que rigen el mercado de grupo, la cobertura creditable puede utilizarse para reducir o eliminar las exclusiones por condiciones preexistentes que podrían imponérsele a usted bajo un plan o una póliza futura. Por lo general, si usted anteriormente tenía otra cobertura de salud -por ejemplo, con otro plan de salud de grupo o una póliza individual de seguro de salud, Medicare, Medicaid, un HMO, o el grupo de riesgo alto del Estado-el período de exclusión por condiciones preexistentes de su plan nuevo debe reducirse por un tiempo equivalente al de su otra cobertura. A este crédito por cobertura previa (que puede ayudarlo a reducir su período de exclusión) se le llama cobertura creditable.

El período de exclusión debe reducirse de un día por cada día de cobertura creditable que usted tenga. Si la cantidad de cobertura creditable que usted tiene es igual a, o más larga que, el período de exclusión, a usted no se le puede imponer ningún período de exclusión. Sin embargo, a la hora de calcular de cuánta cobertura creditable dispone, usted no recibe ningún crédito por cobertura que fue seguida por una **interrupción significativa de cobertura**-un período de 63 días completos seguidos o más durante los cuales usted no tenía cobertura creditable.

Dos ejemplos pueden servir para ilustrar estos puntos.

- Caso 1: Si el plan de su antiguo empleador lo cubrió a usted por 4 meses, y el plan de su empleador nuevo le impone un período de exclusión por condiciones preexistentes de 12

Interrupción Significativa de Cobertura

Una interrupción significativa de cobertura se define como 63 días seguidos sin cobertura creditable. No obstante, hay ciertos Estados que permiten una interrupción más larga en la cobertura.

meses, el plan de su empleador nuevo no puede excluirlo de cobertura de ninguna condición preexistente por más de 8 meses.

- Caso 2: Juan estaba cubierto bajo el plan de salud de grupo de su empleador desde el 1° de enero de 1998 hasta el 1° de marzo de 1999, un período de 14 meses. Luego abandonó esa cobertura. Cuando volvió a conseguir cobertura bajo el plan de su empleador, el 1° de julio de 1999, había tenido una interrupción de 122 días. Desde el 1° de julio hasta del 1° de agosto de 1999, había tenido una interrupción de 122 días. Desde el 1° de julio hasta el 1° de agosto de 1999, Juan tuvo únicamente 31 días de cobertura creditable. Su cobertura antigua (desde el 1° de enero de 1998 hasta el 1° de enero de 1999) es significativa de cobertura. Como resultado, su cobertura anterior no cuenta como cobertura creditable.

Certificado de Cobertura

Un certificado de cobertura creditable es un documento que describe de cuánta cobertura creditable usted dispone, y la fecha en que terminó la cobertura.

Administrador Plan

La persona responsable de contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre su plan de salud de grupo. Los materiales que describen al plan deben identificar a la persona que es el/la administrador(a) de su plan.

Sepa lo que dice la ley de su Estado sobre la cobertura

Si usted está en un plan asegurado, la ley de su Estado bien puede permitirle tener una interrupción más larga en su cobertura. De ser así, es posible que usted pueda contar con cobertura creditable aún si la cobertura es seguida por una interrupción de 63 días seguidos o más. Su Estado también puede requerir un período de exclusión más corto, o un período retrospectivo más corto. Los requerimientos de la ley Estatal para exclusiones por condiciones de salud por planes auto-asegurados. Para conseguir más información contacte al departamento de seguros de su Estado.

Es obligatorio que los planes de salud de grupo y aseguradoras de salud le proporcionen un **certificado de cobertura creditable**. Este certificado describe la cantidad de cobertura creditable de la cual usted dispone, y la fecha en que se terminó la cobertura. La mayoría de los planes de salud de grupo y aseguradoras de salud tienen la obligación de expedir certificados automáticamente, poco después de la terminación de su cobertura. Usted también puede pedir un certificado describiendo su cobertura particular en cualquier momento en que esa cobertura esté vigente, y dentro del plazo de 24 meses de la fecha de terminación de la cobertura. Finalmente, su plan de salud nuevo sencillamente puede llamar a su plan antiguo para preguntar sobre su cobertura creditable. Si los dos planes están dispuestos a hacerlo, pueden intercambiar esa información por teléfono.

Cuando reciba un certificado de su empleador antiguo, usted debe asegurarse de que la información esté correcta. Contacte al **administrador** de su plan de salud antiguo, o a la aseguradora de salud si la información no es correcta.

Si usted no recibe un certificado de su plan anterior o aseguradora de salud, su plan de salud nuevo debe aceptar otra documentación comprobando que usted anteriormente tenía cobertura creditable. (Ver Preguntay Respuesta en la página 21).



Paso 4: Entérese de las otras protecciones de su cobertura

Entender la mejor forma de proteger su cobertura salud no es nada fácil. Es complicado, ya que las reglas son diferentes según cada caso particular. El cuarto paso para entender a HIPAA y sus protecciones bajo ley tiene que ver con información general, como por ejemplo:

- Derechos de inscripción especial en otras instancias de cobertura de grupo;
- Cómo su estado de salud puede afectar su acceso a servicios de salud;
- Otras opciones de cobertura que pueden ayudarlo a aprovechar sus protecciones HIPAA; y
- Su derecho a reanudar su cobertura de grupo y/o individual

Derechos de inscripción especial en otra cobertura de grupo

Los planes de salud de grupo y aseguradoras de salud tienen la obligación de ofrecer períodos especiales de inscripción durante los cuales los individuos que anteriormente decidieron no tomar cobertura para si mismos o sus dependientes tengan la posibilidad de inscribirse. Es muy importante saber que los individuos podrán inscribirse sin tener que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta del plan, pero en la mayoría de los casos usted debe pedir una inscripción especial dentro del plazo de 30 días.

Un período de inscripción especial puede ocurrir si una persona con otra cobertura de salud pierde esa cobertura, o si una persona se convierte en un dependiente nuevo, debido a un matrimonio, nacimiento, adopción, o puesto en adopción. La inscripción especial **NO ES** una inscripción tardía, lo que puede ocasionar un período de exclusión por condiciones preexistentes de 18 meses. (Ver sección de Preguntas y Respuestas sobre HIPAA en la página 19 para conseguir más información sobre la inscripción especial. También vea la discusión sobre COBRA, que comienza en la página 12).

Si usted está en un plan de salud de grupo, no se le puede negar cobertura en base a su estado de salud.

Cómo su estado de salud puede afectar su acceso a servicios de salud

Si usted está en un plan de salud de grupo, no se le puede negar cobertura en base a su estado de salud. Un plan de salud de grupo no puede rehusarse a inscribirlo por su:

- Estado de salud;
- Condición física o mental;
- Historial de reclamos;
- Servicios de salud recibidos;
- Historial médico;
- Información genética;
- Evidencia de asegurabilidad; o
- Incapacidad.

Pero los empleadores sí pueden imponer límites o restricciones sobre los beneficios o cobertura para individuos en la misma situación bajo un plan de salud de grupo; también pueden cobrarle una prima o cuota más alta a personas situación similar. Adicionalmente, los empleadores pueden alterar los beneficios de su plan o los servicios que se cubren, si a usted le proporcionan el aviso correspondiente.

Si usted ya no está en plan de salud de grupo, y si es elegible para HIPAA, no se le puede negar cobertura individual de salud. Sin embargo, las opciones disponibles dependen de las políticas de su Estado para hacer que la cobertura de salud le sea disponible.

Si usted no es un individuo elegible, las leyes del Estado -en vez de HIPAA- serán lo que determinen si se le puede negar cobertura. Dependiendo de las leyes de su Estado, los aseguradores y HMOs que ofrecen seguros individuales de salud posiblemente podrán negarle cobertura en base a su estado de salud. Hay leyes Federales, aparte de HIPAA y ciertas leyes Estatales, que pueden asegurar el derecho de determinadas personas que han perdido su cobertura de grupo a conseguir cobertura de salud, por lo menos de forma temporaria, sin importar su estado de salud.

Otras opciones de cobertura que pueden ayudarlo a aprovechar sus protecciones HIPAA

Ciertas protecciones clave de HIPAA pueden ayudarlo a evitar las exclusiones por condiciones preexistentes. Una ley Federal que puede ayudarlo a aprovechar ésta y otras protecciones de HIPAA es la Ley de Reconciliación del Presupuesto Comprensivo Consolidado de 1985 (COBRA, por su sigla en inglés).

Cobertura de Continuación de COBRA

Cobertura que a usted se le ofrece para satisfacer los requisitos de la Ley de Reconciliación del Presupuesto Comprensivo Consolidado de 1985 (COBRA, por su sigla en inglés).

La cobertura de continuación de COBRA le brinda a los empleados y sus dependientes que se retiran del plan de salud de grupo de un empleador la oportunidad de comprar y mantener la misma cobertura de ese plan de salud de grupo por determinado período de tiempo (por lo general, 18, 29, o 36 meses), y bajo determinadas condiciones. Los trabajadores de compañías con 20 empleados o más por lo general califican para COBRA. Es posible que usted disfrute de este derecho si está cubierto bajo el plan de su cónyuge, y su cónyuge fallece o usted se divorcia. Niños que nacen, son adoptados, o puestos en adopción con el empleado cubierto mientras el/ella está con COBRA también tendrán derecho a la cobertura.

Ciertas leyes estatales requieren que los aseguradores ofrezcan protecciones similares para los empleadores con menos de 20 empleados. Si usted trabaja en una pequeña empresa, verifique con el departamento de seguros de su Estado para ver si su estado tiene una ley de este tipo.

COBRA puede ayudarlo cuando usted cambia de trabajo

Si usted cambia inmediatamente de empleo, es posible que su empleador nuevo le imponga un período de espera antes de poder conseguir beneficios bajo el plan de salud. Aunque los días que usted pasa dentro del período de espera no se cuentan como una interrupción en su cobertura, hay que recordar que no tendrá ninguna cobertura de salud durante el período de espera a menos de que lo obtenga de otra fuente. Para mucha gente COBRA puede ser esa fuente. Usar su cobertura COBRA con su plan antiguo - hasta que comience su cobertura bajo su plan nuevo- puede darle cobertura de salud continua.

Cuando pierde su elegibilidad para cobertura bajo un plan de salud de grupo, es posible que usted pueda inscribirse de forma especial en otro plan de salud de grupo (por ejemplo el plan de su cónyuge) con el cual usted había elegido no inscribirse, debido a que ya tenía la cobertura de su plan. Es posible que usted quiera hacer esto, como una medida temporaria durante el período de espera impuesto por el plan de su empleador, o como un cambio permanente. Si tiene disponibles tanto la cobertura de continuación de COBRA como la inscripción especial en otro plan, usted tendrá dos oportunidades para pedir una inscripción especial.

- Cuando pierde su cobertura bajo su plan antiguo; y

Usar su cobertura COBRA con su plan antiguo - hasta que comience su cobertura bajo su plan nuevo- puede darle cobertura de salud continua.

- Si usted elige tomar la cobertura de continuación de COBRA, una vez que se haya agotado su cobertura de COBRA.

Si elige la cobertura de COBRA cuando pierde su cobertura de salud de grupo, usted tendrá que agotar su cobertura de COBRA antes de que pueda obtener una inscripción especial en el otro plan. Usted tendrá que evaluar cuidadosamente si le conviene más hacer una inscripción especial en el otro plan de forma inmediata, o si primero quiere escoger la cobertura de continuación de COBRA de su plan antiguo.

COBRA como puente al mercado individual

Además de ayudarlo a evitar una interrupción significativa en su cobertura cuando usted se encuentra entre empleos, o para mantener su cobertura mientras está en un período de espera, COBRA puede ayudarlo -si es que así lo desea- a comprar un seguro individual de salud no vinculado a un empleo. Normalmente su decisión de comprar cobertura de COBRA -si le está disponible- es voluntaria. Sin embargo, si usted quiere salvaguardar su derecho a comprar en el mercado individual en su calidad de individuo elegible para HIPAA, usted debe tomar y agotar la cobertura de continuación de COBRA o la cobertura similar de su estado que se le ofrece.

Agotando a COBRA

A veces a usted le puede ser claramente ventajoso el seguir pagando primas de seguros por el período entero hasta que la cobertura de continuación de COBRA ya no le esté disponible. (A esto se le llama “agotar” su cobertura de COBRA). Para HIPAA, la cobertura de continuación se cuenta como cobertura creditable. Si usted acepta la cobertura de continuación, posiblemente le ayudará a evitar una interrupción significativa en su cobertura. Eso a su vez puede reducir o eliminar una exclusión por condiciones preexistentes si usted posteriormente obtiene acceso a otro plan de salud de grupo. Si llega al final de su cobertura de COBRA sin obtener acceso a otro plan de salud de grupo, el agotar su cobertura COBRA lo ayudará a calificar para poder transferirse al mercado individual en calidad de individuo elegible.

Hay ciertas situaciones en las cuales usted puede perder su cobertura de COBRA antes del final del período usual. Dos ejemplos servirán para ilustrar el caso:

- **Ejemplo 1:** Su cobertura es bajo un plan de red, como por ejemplo un HMO, usted se muda fuera de área de servicio del plan, yno hay otras opciones para continuar los beneficios de COBRA. En este primer ejemplo, se considerará que su cobertura de continuación de COBRA fue agotada.

Si usted pierde su elegibilidad para la cobertura de continuación de COBRA por cualquier otro motivo-excepto el no pagar las primas o pedir que se termine - se considerará que la cobertura fue agotada.

- **Ejemplo 2:** A su empleador antiguo se le permit terminar la cobertura de continuación en ciertas situaciones cuando usted queda cubierto bajo otro plan de salud de grupo. Sin embargo, si usted tiene una condición preexistente, el empleador antiguo no puede terminar su cobertura de continuación de COBRA si el plan de salud nuevo limita o excluye su cobertura debido a condiciones preexistentes.

Considere sus opciones de conversión con mucho cuidado

La **cobertura de conversión** es cobertura individual de salud que posiblemente se le ofrecerá a la hora en que usted pierde la cobertura de su plan de salud de grupo. La cobertura de conversión a veces lo ofrece un plan de salud de grupo cuando se termina la cobertura de continuación de COBRA. También se puede ofrecer en lugar de COBRA o cobertura de continuación similar obligatoria bajo la ley Estatal. Algunos estados requieren que las aseguradoras de salud de grupo ofrezcan cobertura de conversión. Unos cuantos estados también han escogido utilizar a las pólizas de conversión como su método para garantizarle a los individuos elegibles para HIPAA la disponibilidad de cobertura en el mercado individual.

Si usted acepta la cobertura de conversión, al terminar su cobertura bajo un plan de salud de grupo, o al final de COBRA o la cobertura de conversión similar del Estado, es posible que pierda ciertas protecciones de HIPAA. Estas incluyen la habilidad de calificar como un individuo elegible para HIPAA. Para conservar esa garantía, su cobertura más reciente debe haber sido cobertura en un plan de salud de grupo.

Para HIPAA, la cobertura de conversión NO ES cobertura de grupo. Por lo tanto, usted puede perder sus derechos como individuo elegible para HIPAA si escoge cobertura de conversión.

Su derecho a renovar su cobertura de grupo y/o individual

HIPAA por lo general le da el derecho a renovar su seguro de salud de grupo o individual. Pero ese derecho varía considerablemente entre los seguros de grupo e individuales, según determinados eventos.

Cuando el plan de salud de grupo compra una póliza de seguro de grupo, la cobertura por lo general debe ser renovada siempre que el empleador lo pida. Si su plan de salud de grupo compra una póliza de seguro individual para usted, por lo general debe ser renovada siempre que usted lo pida.

Su derecho a renovar su seguro de salud de grupo o individual varía considerablemente entre los seguros de grupo e individuales, según determinados eventos.

Sin embargo, NO se garantiza que su cobertura de grupo será renovable, si el plan de salud de grupo:

- No pagó sus primas por la cobertura;
- Cometió fraude contra el asegurador que proporciona la cobertura;
- Violó las reglas de participación o contribución que se aplican a la cobertura;
- Canceló la cobertura;
- Terminó su afiliación en una asociación (si es que la cobertura le es disponible únicamente a los miembros de la asociación); o
- Si la cobertura forma parte de un plan de red (como un HMO), la aseguradora también puede terminar o negarse a renovar la cobertura, si todos los miembros del grupo se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si usted tiene un seguro individual de salud, por lo general su cobertura será renovable, sin importar que usted sea o no sea un individuo elegible para HIPAA. Su cobertura puede ser descontinuada o no-renovada por su compañía de seguros, únicamente si usted:

- No pagó sus primas;
- Comete fraude contra el emisor;
- Canceló la póliza;
- Se muda fuera del área de servicio (si está en un plan de red);
- Se muda fuera de un Estado (si está en el grupo de riesgo alto del Estado); o
- Termina su afiliación en una asociación (si la cobertura está disponible únicamente para los miembros de la asociación).



Paso 5: Averigüe dónde conseguir más información

HIPAA tiene un número de reglas especiales y su propio conjunto de términos importantes para describir las protecciones Federales limitadas que puede ofrecerle. La información en este manual cubre únicamente los puntos básicos de HIPAA. Si usted quiere saber más sobre HIPAA, por favor refiérase a la lista de recursos informativos que comienza en la página 41.

Preguntas y Respuestas Comunes sobre HIPAA

Exclusiones por condiciones preexistentes

- P. ¿Existen situaciones en las cuales las exclusiones están totalmente prohibidas?**
- R.** Bajo las reglas de HIPAA que cubren el mercado de grupo, no puede imponerse una exclusión por condiciones preexistentes sobre el embarazo. No importa cuando comenzó el embarazo, o puede imponerse aún si su plan de salud antiguo no cubría al embarazo.

Una exclusión no puede ser aplicada sencillamente porque existe información genética que sugiere que usted posiblemente tenga una condición determinada.

No puede aplicarse ninguna exclusión a un menor de edad que estaba cubierto por cobertura creditable a no más tardar que 30 días después de su nacimiento, o después de haber sido adoptado, o ser le dieron en adopción.

- P. Yo tenía un período de exclusión por condiciones preexistentes en mi empleo anterior. ¿Puede aplicarse otro período de exclusión en mi nuevo plan de salud de grupo?**
- R.** Depende de la cobertura creditable usted tenga. El que usted haya sido sujeto a un período de exclusión por condiciones preexistentes en el pasado por sí sólo no significa que no se le puede aplicar uno nuevamente. Si usted únicamente tenía poca cobertura creditable, un período de exclusión por condiciones preexistentes todavía puede serle aplicable a su cobertura nueva.
- P. Yo estoy cambiando de un tipo de cobertura a otro, pero me estoy quedando dentro del plan de salud de grupo del mismo empleador. ¿Puede aplicarse una exclusión por condiciones preexistentes a mi cobertura nueva?**
- R.** Depende del tiempo que usted ha estado en ese plan de salud de grupo. Si usted se inscribe a la primera oportunidad, una exclusión por condiciones preexistentes no puede extenderse por más de 12 meses después de su fecha de inscripción. Su fecha de inscripción es el primer día en el que usted pudo haber recibido beneficios bajo un plan de salud de grupo, o, si su plan

Información Genética

Este término se refiere a la información sobre los genes, productos genéticos, y características heredadas que pueden derivar de un individuo o un miembro familiar.

Período de Espera

En el mercado individual, un período de espera es el tiempo transcurrido entre la presentación de su solicitud y el comienzo de su cobertura. Con respecto a un plan de salud de grupo, es el tiempo que debe transcurrir antes de que un empleado nuevo sea elegible para beneficios bajo el plan. El período de espera por lo general comienza en la fecha de contratación.

impone un **período de espera**, la fecha de inscripción es el primer día de su período de espera típicamente la fecha en que lo contrataron.

Si han pasado menos que 12 meses, puede ser que se aplique un período de exclusión por condiciones preexistentes, pero la exclusión no puede ir más allá que el primer aniversario de su período de inscripción (un total de 12 meses). Por ejemplo:

Esmeralda comenzó a trabajar el 1° de junio de 1999. Se inscribió en el plan de salud de grupo de su empleador el mismo día, en cuanto fue elegible para hacerlo. Su empleador no tiene ningún período de espera, así que ella pudo recibir beneficios apenas se había inscrito. Como resultado, el 1° de junio de 1999 es su fecha de inscripción. El 1° de mayo del 2000, Esmeralda se pasó de una opción de cobertura disponible bajo el plan, a otra.

Ya que todavía no habían transcurrido 12 meses desde su fecha de inscripción, es posible que una exclusión por condiciones preexistentes se aplique a su nueva opción de cobertura. Sin embargo, esa exclusión solo puede ser efectiva hasta el 1° de junio del 2000.

Si se impone una exclusión, la misma será reducida de un día por cada día de cobertura que usted tenga, a partir de su fecha de inscripción. Por ejemplo:

Marta comenzó a trabajar el 1° de junio de 1999, y se inscribió en el plan de salud de grupo de su empleador en cuanto pudo. No tiene ningún período de espera. Para su fecha de inscripción (1° de junio de 1999) tiene un total de 60 días de cobertura creditable, como resultado de un empleo anterior. El 1° de mayo del 2000, a la primera oportunidad, Marta se cambia de una de las opciones de cobertura disponibles bajo el plan a otra. Si no se toma en cuenta su cobertura creditable, el período de exclusión por condiciones preexistentes terminaría el 1° de junio del 2000 (con 30 días sobrantes). Sus 60 días de cobertura creditable son suficientes para eliminar todo el período restante de exclusión. Como resultado, no se le puede imponer ninguna exclusión a su nueva opción de cobertura.

Si han pasado más de 12 meses desde su fecha de inscripción, un período de exclusión por condiciones preexistentes no puede aplicarse a su nueva cobertura. Por ejemplo:

Daniel comenzó a trabajar para su empleador actual el 1 de marzo de 1999. Se inscribió en el plan de salud de grupo de su empleador el mismo día, apenas era elegible para hacerlo. No tiene ningún período de espera. Como resultado, el 1° de marzo de 1999 es su fecha de inscripción. El 1° de abril del 2000, Daniel se pasó de una opción de cobertura disponible bajo el plan a otro. Ya que más de 12 meses habían pasado desde su fecha de inscripción, no puede imponerse ninguna exclusión por condiciones preexistentes.

P. Yo perdí mi trabajo, pero todavía no he encontrado un empleo nuevo. ¿Qué puedo hacer para conservar mis protecciones de HIPAA?

R. Trate de evitar una interrupción significativa de cobertura (63 días completos seguidos o más sin cobertura). Si se le ofrece cobertura de continuación de COBRA, decida si le conviene aceptarla. Si en su último empleo usted tenía la cobertura de un plan de salud de grupo, probablemente se le ofrecerá cobertura de continuación de COBRA (o la cobertura de continuación similar que según la ley del Estado se le debe ofrecer). Si usted es elegible para recibir esa cobertura de continuación, la misma contará como cobertura creditable. También, debe aceptar y agotar sus beneficios de COBRA antes de poder obtener cobertura en el mercado individual en su calidad de individuo elegible para HIPAA. (Usted también debe reunir otros requisitos para obtener esa cobertura).

Inscripción Especial

P. ¿Qué eventos pueden requerir un período de inscripción especial?

R. La inscripción especial se requiere en dos situaciones.

- Usted o su dependiente pierde otra cobertura de salud; y
- Usted obtiene un dependiente nuevo, por matrimonio, nacimiento, adopción, o que fue le dieron en adopción.

Usted o su dependiente pierde otra cobertura de salud

Para conseguir una inscripción especial en esta situación, el empleado o dependiente primero debe haber rechazado la

cobertura disponible por medio del plan de salud de grupo, debido a que el/ella ya tenía otra cobertura.

Si la otra cobertura era cobertura de continuación de COBRA, no puede pedirse la inscripción especial sino hasta que primero se haya agotado la cobertura de COBRA.

Si la otra cobertura NO ERA cobertura de continuación de COBRA, el individuo puede pedir una inscripción especial una vez que se termine su otra cobertura, ya que el individuo ya no es elegible para la misma.

Un período de inscripción especial también puede otorgarse si el empleador que patrocina el plan de salud de grupo deja de pagar su parte de las primas.

Usted tiene un dependiente nuevo, por matrimonio, nacimiento, adopción, o que le dieron en adopción.

Si el evento es un nacimiento, una adopción, o una colocación para adopción, el niño, el empleado, y el cónyuge del empleado tienen derecho a una inscripción especial, sea individualmente o en cualquier combinación.

P. ¿Cuándo debo pedir una inscripción especial?

R. Si un período de inscripción especial se se da debido a que un empleado o su dependiente pierde otra cobertura de salud, el empleado debe pedir la(s) inscripción(es) especial(es) dentro de 30 días de la pérdida de la cobertura. Si un período de inscripción especial se precipita cuando se añade un dependiente nuevo, el individuo debe pedir la(s) inscripción(es) especial(es) dentro de 30 días del evento.

P. ¿Cómo se aplican las exclusiones por condiciones preexistentes a las personas inscritas en este período?

R. Para cada evento, la persona inscrita especialmente se considerará como una persona inscrita regularmente, no como una persona inscrita tardíamente. Por lo tanto, el período máximo de exclusión por condiciones preexistentes que se le puede imponer a una persona inscrita especialmente es de 12 meses. Los 12 meses se reducen, día por día, por la cobertura creditable de la persona inscrita especialmente. Adicionalmente,

un recién nacido, o niño adoptado, o niño colocado para la adopción *no puede* estar sujeto a un período de exclusión por condiciones preexistentes si al niño lo inscriben dentro del plazo de 30 días después de su nacimiento, adopción, o de haber sido colocado para adopción, y si no tiene ninguna interrupción significativa de cobertura después de esa ocasión.

P. ¿Tienen los planes y aseguradoras obligación de notificarle a los individuos sobre sus derechos de inscripción especial?

R. Sí. A los empleados se les debe dar un aviso de sus derechos de inscripción especial en el momento (o antes) en que se les ofrezca la oportunidad de inscribirse en el plan de salud de grupo.

P. ¿Cuándo comenzará la nueva cobertura?

R. Cuando el individuo pierde su otra cobertura, la cobertura nueva debe iniciarse a más tardar el primer día del primer mes después de la fecha en que el empleado pide la inscripción especial.

En el caso de matrimonio, la inscripción debe ser efectiva a más tardar el primer día del primer mes después de la fecha en que el plan de salud de grupo reciba la solicitud completa de inscripción.

En el caso de nacimiento, adopción, o colocación para adopción, se requiere que la inscripción sea efectiva a más tardar en la la fecha de ese nacimiento, adopción, o colocación para adopción.

Cobertura Creditable

P. ¿Qué pasa si no recibo un certificado, o si pierdo el que recibí?

R. En la mayoría de los casos, su primer paso debe ser el de contactar al administrador de su plan de grupo antiguo. Pida copia del certificado; se lo deben suministrar gratuitamente. Si usted no recibe un certificado de cobertura automáticamente, o lo recibe antes de que lo necesita, usted debe:

- Contactar al administrador del plan si es que usted estaba en un plan de grupo;
- Contacte a la aseguradora de salud si usted tiene cobertura individual.

Algunas personas han obtenido cobertura creditable de fuentes múltiples, por lo tanto a usted siempre le conviene revisar con todas las fuentes posibles para asegurarse de que ha recibido todo crédito que se merece.

Si usted pierde su certificado, puede regresar y pedir uno nuevo, sin cargo alguno. En la mayoría de los casos, aún si usted no recibe un certificado, usted puede utilizar otros comprobantes para mostrar que tiene cobertura creditable. Estos incluyen:

- Talonarios de su cheque salarial que reflejan una deducción por primas;
- Formularios de explicación de beneficios;
- Un aviso de terminación de beneficios de Medicare o Medicaid; y
- Verificación de su médico o su antiguo proveedor de beneficios de que usted anteriormente tenía cobertura de salud.

Usted también puede pedir un certificado describiendo su cobertura bajo un plan de salud de grupo particular, o una póliza o un contrato (sin cargo alguno) en cualquier momento que esté cubierto, o hasta 24 meses después de que la cobertura se haya terminado. Cada certificado que usted pida debe describir la cobertura creditable que haya recibido en los últimos 24 meses.

Transferibilidad

P. ¿Cuáles son las circunstancias bajo las cuales tendré transferibilidad?

R. HIPAA le proporciona derechos de transferibilidad en 3 circunstancias:

- Cuando usted deja un trabajo donde tenía la cobertura de un plan de salud de grupo, y se traslada a otro trabajo con cobertura de un plan de salud de grupo. (Esto también se aplica si usted está cubierto como dependiente de la persona que está cambiando de empleos).

- Usted pierde la cobertura de su plan de salud de grupo, reúne los criterios para ser un individuo elegible para HIPAA y también desea comprar cobertura individual de seguro de salud.
- Usted tiene cobertura individual de seguro de salud o cualquier otro tipo de cobertura creditable, y se inscribe en otro plan de salud de grupo.

P. ¿Qué es lo que NO HACE la transferibilidad?

R. Hay tres cosas que NO HACE la transferibilidad.

- La transferibilidad NO le da el derecho de conservar su plan o sus beneficios actuales cuando usted cambia o pierde su empleo, o cuando consigue un empleo nuevo.
- NO le impone a su empleador o sindicato nuevo la obligación de darle cobertura de salud.
- NO le garantiza que si usted se traslada de un plan o póliza a otro, los beneficios que usted reciba serán los mismos que le eran disponibles bajo su plan o póliza anterior. La cobertura bajo el plan nuevo puede ser menos (o más) generosa, y los arreglos para las primas y para compartir costos (tal como los deducibles y copagos) pueden ser distintos.

HIPAA NO le da derechos de transferibilidad cuando usted tiene la cobertura de un seguro individual de salud, y se cambia a otra cobertura de seguro individual de salud. Sin embargo, es posible que la ley Estatal le brinde ciertos derechos de transferibilidad en esa situación.

Acceso a otras opciones de cobertura

P. Yo perdí mi trabajo, y me preocupa mucho mi seguro de salud. ¿existe alguna ayuda disponible?

R. Usted puede tener el derecho de conseguir ciertos tipos de cobertura de salud aún si pierde su trabajo. Si su compañía le brindaba un plan de salud de grupo, es posible que bajo COBRA o una ley Estatal tenga el derecho a seguir recibiendo beneficios de salud por un determinado período. Es posible que usted también tenga el derecho, bajo HIPAA, de comprar un seguro individual de salud.

P. ¿Si yo tenía cobertura de salud con mi empleo antiguo, o el de mi cónyuge, pero perdí esa cobertura y no tengo acceso a cobertura de grupo por medio de mi empleo nuevo, hay posibilidad de que HIPAA me ayude con cobertura individual?

R. Si usted reúne los requisitos para ser un individuo elegible para HIPAA, usted debe obtener una opción de cobertura individual sin ninguna exclusión por condiciones preexistentes, sea por medio de una aseguradora de salud o por medio del grupo de riesgo alto del Estado.

P. ¿Puedo seguir viendo al mismo médico?

R. Si usted está cambiando de un plan de salud a otro, o de una póliza a otra, es posible que usted tenga que cambiar de médicos. Esto depende de los beneficios que ofrezca su plan o póliza nueva. La necesidad de cambiar de médicos se aplica especialmente si usted se inscribe en un plan de salud administrado. Verifique con su plan para averiguar si puede elegir a sus médicos.

Preguntas generales sobre HIPAA

P. ¿Las protecciones de HIPAA se aplican a todos los planes de salud de grupo?

R. No. Las protecciones de HIPAA referentes al mercado de grupo no se aplican automáticamente a todos los planes de salud de grupo vinculados con el empleo. Las siguientes situaciones pueden dar lugar a excepciones:

1. Planes muy pequeños. En la mayoría de los casos, si usted está en un plan de salud de grupo que cubre únicamente a un sólo empleado actual, la ley del Estado determinará si usted disfruta de las protecciones de HIPAA referentes al mercado de grupo. Verifique con el departamento de seguros de su Estado para averiguar si las protecciones de HIPAA referentes al mercado de grupo se aplican en su caso.
2. Planes de gobierno, no-federales. Si su elegibilidad para su plan de salud de grupo se basa en su empleo (o la de otra persona) con una agencia del gobierno Estatal o local, las protecciones de HIPAA deben serle aplicables a menos de que su plan le haya avisado que está eximido de algunos o

todos los requisitos de HIPAA. Sin embargo, aún si el plan está eximido de otros requisitos, siempre debe proveerle un certificado de cobertura creditable cuando termina su cobertura. Usted también puede preguntarle al administrador de su plan si tiene dudas sobre cuáles son las protecciones que se aplican, o puede visitar al sitio Internet de HIPAA (<http://www.cms.hhs.gov/hipaa1>) para conseguir una lista de todos los planes de gobierno no-federales.

3. **Planes de gobierno, federales.** Si su elegibilidad para su plan de salud se basa en su empleo (o la de otra persona) con una agencia del gobierno Federal, HIPAA no se aplica directamente; sin embargo, el gobierno le ofrece protecciones similares.
4. **Planes de iglesia.** Si su elegibilidad para su plan de salud se basa en su empleo (o la de otra persona) con una iglesia o un grupo de iglesias, a usted le conviene verificar con el administrador de su plan para averiguar si las protecciones de HIPAA referentes al mercado de grupo se aplican en su caso.

P. ¿HIPAA puede limitar las primas de mi seguro de salud?

R. HIPAA por lo general no le pone límite a las primas. Sin embargo, cuando un plan o aseguradora brinda cobertura de plan de salud de grupo, HIPAA no le permite al plan o al asegurador cobrarle a un individuo una prima más alta en base al estado de salud de ese individuo. Por ejemplo, a los individuos con diabetes no se les puede cobrar una prima más alta que la que se cobra por la misma cobertura a individuos en situación similar. Individuos en situaciones similares son, por ejemplo, otros individuos que están en la misma categoría de empleados, o en la misma localidad geográfica. Las categorías de empleados pueden incluir, por ejemplo, empleados de tiempo completo (o empleados de tiempo parcial), todo empleado con una misma antigüedad de servicio, y empleados actuales (o empleados antiguos). Los dependientes de los empleados se clasifican según las categorías que se utilizan para los empleados mismos. Por ejemplo, si los empleados se clasifican por localidad, como empleados de tiempo parcial o tiempo completo, todos los dependientes de empleados de tiempo parcial son individuos similarmente situados.

Plan de Iglesia

Un plan de iglesia es un plan de salud establecido por una iglesia u otra organización religiosa, o por una convención o asociación de iglesias, para sus empleados. Los planes de iglesia pueden incluir empleados de hospitales o universidades que le pertenecen a dichas organizaciones religiosas, o son administradas por las mismas.

Ley de Paridad de Salud Mental

Resumen

La Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (MHPA, por su sigla en inglés), es una ley Federal que puede evitar que su plan de salud de grupo le imponga límites anuales o por vida a los beneficios de salud mental que sean inferiores -es decir, menos favorables- que los límites anuales o por vida de los beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrecen bajo dicho plan. Por ejemplo, si su plan de salud tiene un límite de \$1 millón por vida para beneficios médicos y quirúrgicos, no puede imponerle un límite por vida de \$100,000 a los beneficios de salud mental. El término “beneficios de salud mental” significa los beneficios de servicios de salud mental tal como los define el plan o la cobertura de salud.

Aunque la ley exige “paridad” o equivalencia con respecto a los límites en dólares, el MHPA NO requiere que los planes de salud y su aseguradoras de salud incluyan la cobertura de la salud mental en su paquete de beneficios. Los requisitos de la ley se aplican únicamente a los planes de salud de grupo y sus emisores de seguros de salud que incluyen beneficios de salud mental en sus paquetes de beneficios. Si su plan de salud de grupo tiene límites (en dólares) separados para los beneficios de salud mental, las cantidades (en dólares) que su plan ofrece para el tratamiento de abuso de sustancias o dependencia química NO se cuentan a la hora de sumar los límites sobre beneficios de salud mental y beneficios médicos y quirúrgicos, para determinar si hay paridad.

Cobertura bajo MHPA

El MHPA se aplica a la mayoría de los planes de salud de grupo con más de 50 empleados. MHPA NO se aplica a los planes de salud de grupo patrocinados por empleadores con menos que 51 empleados. El MHPA TAMPOCO se aplica a la cobertura de seguros de salud en el mercado individual. Pero a usted le conviene verificar si las leyes de su Estado exigen la paridad de beneficios de salud mental en otros casos.

MHPA NO requiere que los planes de salud y sus aseguradoras de salud incluyan a la cobertura de la salud mental en su paquete de beneficios.

Ejemplo de una cláusula de cobertura que viola la protección del MHPA

Su plan impone un límite anual de 60 visitas para beneficios de salud mental, así como un límite fijo de \$50 por visita-un límite total en dólares de \$3,000 al año. No le impone ningún límite de este tipo a los beneficios médicos y quirúrgicos. El MHPA NO permite que exista tal inigualdad en los planes de salud de grupo cubiertos por la ley.

Restricciones permitidas bajo MHPA

Los planes de salud de grupo pueden imponer ciertas restricciones sobre los beneficios de salud mental y continuar actuando dentro de la ley. El MHPA NO le prohíbe a los planes de salud de grupo:

- Aumentar los copagos o limitar el número de visitas para beneficios de salud mental;
- Imponer límites sobre el número de visitas que están cubiertas, aún si el plan no le impone límites similares a las visitas para beneficios médicos y quirúrgicos; y
- Tener un arreglo distinto para compartir los costos, como por ejemplo en la forma de cantidades más altas para el coseguro de beneficios de salud mental, en comparación con los beneficios médicos y quirúrgicos.

Preguntas y Respuestas Comunes sobre MHPA

- P. Mi plan tiene un límite de 30 visitas al año para beneficios de salud mental, y paga el 80 por ciento del cargo usual, acostumbrado, y razonable (UCR, por su sigla en inglés) del proveedor. No hay ningún límite parecido sobre los beneficios médicos y quirúrgicos. ¿Esto es una violación del MHPA?**
- R.** No. Un límite sobre las visitas, junto con cargos UCR, no es el equivalente de un límite en dólares anual o por vida. Por lo tanto, NO es una violación de los requisitos del MHPA. Los pagos efectuados por el plan en base a los cargos UCR varían de caso en caso.

- P. Yo estoy en un plan de red que tiene un límite anual sobre beneficios de salud mental que se reciben fuera de la red. No hay límites sobre los beneficios médicos y quirúrgicos fuera de la red. ¿Esto se permite bajo el MHPA?**
- R.** Sí. Siempre y cuando exista paridad entre los beneficios médicos y quirúrgicos y los beneficios mentales que se reciben dentro de la red, los límites fuera de la red no violan al MHPA.
- P. Si un Estado tiene una ley que la brinda protecciones más fuertes que los del MHPA a los beneficios de salud mental, ¿cuál es la ley que se aplica?**
- R.** Por lo general los planes de salud de grupo no están sujetos a las leyes de seguros de los Estados. Las leyes de seguros de los Estados, no obstante, sí se aplican a las aseguradoras de salud, y deben cumplir con las leyes Estatales sobre seguros que le brindan protecciones adicionales al consumidor. Si un plan de salud de grupo le brinda cobertura de salud a los empleados y sus miembros familiares, al comprarles sus seguros de salud, los emisores de seguros de salud posiblemente tendrán que cumplir con las leyes Estatales sobre seguros que brindan protecciones más fuertes que el MHPA. Contacte al departamento de seguros de su Estado para conseguir más información.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y la Madre

Resumen

La Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y la Madre de 1996 (NMHPA, por su siglas en inglés) afecta el tiempo que usted y su recién nacido están cubiertos por una estadía en el hospital después del parto. La ley se aplica tanto a las personas inscritas en los planes de salud de grupo, como a las personas que tienen cobertura individual de salud. Por lo general, los planes y aseguradoras de salud que están sujetos a NMHPA NO pueden limitar los beneficios de una estadía en el hospital vinculada al parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o 96 horas después de un parto por vía cesárea.

Si su parto ocurre en el hospital, el período de 48 (ó 96) horas comienza en el momento del parto. Si su parto ocurre fuera del hospital, y usted posteriormente ingresa al hospital debido al parto, el período comienza con su ingreso al hospital.

Aunque el NMHPA le prohíbe a los planes de salud de grupo y aseguradoras de salud restringir la duración de una estadía en el hospital después de un parto, el plan o aseguradora de salud no tiene obligación de cubrir las 48 ó 96 horas completas en todos los casos. Si un proveedor de atención, después de consultar con usted, determina que usted o su recién nacido pueden ser dados de alta antes del final del período de 48 (ó 96) horas, el plan de salud de grupo y las aseguradoras no tienen que seguir cubriendo la estadía. Un “proveedor de atención” es un individuo, licenciado por la ley del Estado, directamente responsable de proveerle atención de maternidad o pediátrica a usted o a su recién nacido. Aparte de los médicos, una persona como por ejemplo una enfermera partera, un asistente médico, o una enfermera practicante puede ser un proveedor de atención. El plan, el hospital, la compañía de seguros, o el HMO NO se definen como un proveedor de atención.

Cobertura de NMHPA

Hay dos factores claves que determinan si las protecciones del NMHPA se aplican a la cobertura de su seguro de salud. Primero, la protección depende de si los beneficios bajo su plan de salud de grupo o póliza de seguro incluyen cobertura para las estadías en el hospital posteriores al parto. La NMHPA NO requiere que los planes de salud de grupo o los emisores de seguros de salud brinden ese tipo de cobertura.

A mediados del año 2000, más de 40 Estados y el Distrito de Columbia tenían leyes que tenían prioridad sobre

Segundo, aún si su plan de salud de grupo o aseguradora de salud elige cubrir las estadías en el hospital vinculadas con el parto, usted debe averiguar cómo es que su plan de salud de grupo brinda tales beneficios. A los planes de salud de grupo que brindan beneficios por medio de seguros se les llama “planes asegurados”. A los planes de salud de grupo que pagan por la cobertura directamente, sin comprar seguros de salud de una aseguradora, se les llama “planes auto-asegurados”.

Contacte al administrador de su plan para averiguar si su cobertura es asegurada o auto-asegurada.

Si usted está en un plan de salud de grupo auto-asegurado, su cobertura de salud tiene que cumplir con las normas de NMHPA. Si usted está en un plan de grupo asegurado, O si tiene cobertura individual de seguros, es posible que NMHPA NO se aplique si es que su estado tiene una ley que ofrece protecciones para estadías en el hospital posteriores al parto. A mediados del año 2000, más de 40 Estados y el Distrito de Columbia tenían leyes que tenían prioridad sobre NMHPA.

Contacte al departamento de seguros de su Estado para averiguar cuáles son los requisitos, según la ley Estatal, para los beneficios relacionados a una estadía en el hospital posterior al parto.

Preguntas y Respuestas Comunes sobre NMHPA

P. ¿El período de 48 (o 96) horas se aplica únicamente a mi, o también se le aplica a mi recién nacido?

R. El período de 48 (o 96) horas se aplica a su recién nacido y es independiente del período que se le aplica a usted. Esto significa que en su caso el plan o el asegurador posiblemente pagará por una estadía distinta de la estadía del recién nacido, dependiendo de la decisión del proveedor de atención de darle alta a uno antes que el otro. El proveedor de atención tomará esa decisión después de consultar con usted.

- P. ¿Puede un plan o una aseguradora de salud obligarme a conseguir permiso para una estadía en el hospital de 48 (o 96) horas?**
- R.** No. Un plan o una aseguradora de salud no puede requerirle ni a usted ni al proveedor de atención que demuestre que el período de 48 (o 96) horas es médicamente necesario. Sin embargo, sí puede requerir que usted consiga permiso (a veces llamado autorización previa o precertificación en base a necesidad médica) para cualquier parte de una estadía que exceda las 48 (o 96) horas. Además, puede requerirle que usted le avise al plan o aseguradora sobre su embarazo, previo al ingreso al hospital, si es que desea utilizar a ciertos proveedores o centros, o para reducir sus desembolsos personales directos.
- P. ¿Los planes o aseguradoras de salud pueden imponer deducibles u otros arreglos para compartir los costos de estadías en el hospital vinculadas con el parto?**
- R.** Sí, pero únicamente si el deducible, el coseguro, o cualquier otracantidad para compartir los costos de la parte final del período protegido de 48 (o 96) horas no supera los que se le imponen a la primera parte de la estadía. Por ejemplo, con respecto a una estadía de 48 horas, a determinado plan se le permite cubrir únicamente el 80 por ciento del costo de la estadía en el hospital. Sin embargo, un plan que cubre el 80 por ciento del costo de las primeras 24 horas no puede reducir su cobertura a un 50 por ciento para las 24 horas siguientes.
- P. ¿Me pueden ofrecer incentivos para abreviar mi estadía en el hospital, o la estadía de mi recién nacido? ¿Pueden ofrecerle incentivos a mi médico para que nos de de alta?**
- R.** No. Los planes y aseguradoras de salud no pueden hacerle pagos (incluyendo pagos en especie, como por ejemplo suministros infantiles) o devolverle dinero a cambio de que usted se ponga de acuerdo con que le den de alta tempranamente. A los planes y aseguradoras de salud se les prohíbe ponerle presión a usted para que se ponga de acuerdo con que le den de alta tempranamente. No pueden negarle ni a usted ni a su recién nacido la elegibilidad, o continuación de la elegibilidad, para inscribirse o renovar su cobertura bajo su plan

o póliza individual. Los planes y emisores de seguros de salud no pueden ponerle presión a los proveedores de atención, dándoles incentivos financieros o de cualquier otra índole. Tales incentivos son ilegales, y pueden incluir cosas como reducirles o limitarles su compensación, o castigarlos, por ejemplo, con acciones disciplinarias.

P. ¿Mi plan tiene obligación de avisarme sobre mis derechos bajo NMHPA?

R. Sí. Los planes de salud de grupo y las aseguradoras de salud tienen la obligación de avisarle sobre sus derechos bajo esta ley. Si usted está en un plan de salud de grupo, el aviso por lo general se incluirá en el documento del plan (a veces llamado el “Resumen Descriptivo del Plan”) que brinda una descripción de los beneficios cubiertos bajo su plan. Si usted tiene la cobertura de un seguro individual de salud, el aviso de sus derechos bajo el NMHPA por lo general será incluido en su contrato de seguros.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer

Resumen

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998 (WHCRA, por su sigla en inglés) es una ley federal que le brinda protecciones a pacientes que eligen la reconstrucción del seno después de una mastectomía. Esta ley generalmente se aplica tanto a las personas cubiertas bajo planes de salud de grupo como a las personas con cobertura de seguro individual de salud. Sin embargo, WHCRA NO le obliga a los planes de salud o a las aseguradoras a pagar por las mastectomías. Si un plan de salud de grupo o una aseguradora de salud elige cubrir las mastectomías, entonces ese plan o aseguradora por lo general sí quedará sujeto a los requisitos de WHCRA.

Si WHCRA se aplica a su caso y si usted está recibiendo beneficios relacionados con una mastectomía, y si elige la reconstrucción del seno, debe brindársele cobertura para:

- Reconstrucción del seno sobre el que se hizo la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis (como implantes); y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Cobertura bajo el WHCRA

Su situación particular será lo que determina si la ley aplicable a su cobertura es el WHCRA o bien la ley Estatal que le brinda la misma cobertura que WHCRA. Por lo general, WHCRA es lo que se aplica si usted está en un plan auto-asegurado. La ley de su Estado determinará si el WHCRA se aplica a su cobertura bajo un plan de salud de grupo asegurado, o a la cobertura de su seguro individual de salud.

Si usted NO está en un plan de salud auto-asegurado contacte al departamento de seguros de su Estado para averiguar si el WHCRA se aplica a su cobertura.

El WHCRA NO le obliga a los planes de salud o a las aseguradoras a pagar por las mastectomías.

Preguntas y Respuestas comunes sobre WHCRA

- P. Bajo WHCRA, ¿pueden los planes de salud y las aseguradoras de salud imponer deducciones o coseguros para la cirugía reconstructiva vinculada a una mastectomía?**
- R.** Sí, pero únicamente si los deducibles y el coseguro son consistentes con los arreglos para compartir los costos que se le aplican a otros beneficios bajo dicho plan o cobertura.
- P. ¿Los planes de salud tienen obligación de avisarme sobre mis beneficios bajo WHCRA?**
- R.** Sí. Tanto los planes de salud de grupo como las aseguradoras de salud tienen la obligación de avisarle sobre sus beneficios bajo WHCRA cuando usted se inscribe, y anualmente a partir de la inscripción.
- P. ¿WHCRA afecta la cantidad que mi plan de salud le pagará a mis médicos?**
- R.** No. WHCRA no le impide a un plan de salud o a una aseguradora de salud que negocie el nivel y el tipo de sus pagos con sus proveedores de atención. Sin embargo, la ley le prohíbe a los planes y aseguradoras castigar a los proveedores que brindan atención, u ofrecer incentivos que alentarían a un proveedor a que ofreciera atención que no cumpla con WHCRA.

Terminología

Administrador de Plan

La persona responsable de contestar cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su plan de salud de grupo. Los materiales que describen al plan deben identificar a la persona que es el/la administrador(a) de su plan.

Aseguradoras de Salud

Cualquier compañía que vende seguros de salud es un emisor de seguros de salud. Las empresas de seguros y los HMOs ambos son emisores de seguros de salud.

Certificado de Cobertura Creditable

Un certificado de cobertura creditable es un documento que describe cuanta cobertura creditable usted tiene a su disposición, y la fecha en que terminó su cobertura. La mayoría de los planes de salud de grupo y las aseguradoras de salud tienen la obligación de expedir certificados automáticamente, poco después de que haya terminado su cobertura. Usted también puede solicitar un certificado describiendo su cobertura particular en cualquier momento durante el cual esa cobertura esté vigente, y dentro del plazo de 24 meses después de la fecha de terminación de su cobertura.

Cobertura Creditable

La cobertura creditable es cobertura de salud previa que se toma en cuenta para determinar la duración de los períodos de exclusión por condiciones preexistentes (para individuos que están entrando a la cobertura de un plan de salud de grupo) o para determinar si una persona es un individuo elegible para HIPAA (cuando el individuo está buscando cobertura de seguro individual de salud). Por lo general, la mayoría de las formas de cobertura de salud se cuentan como cobertura creditable, incluyendo cobertura bajo cualquiera de los siguientes:

- Un plan de salud de grupo (vinculado al empleo);
- Una póliza de seguro de salud; incluyendo pólizas limitadas de corta duración;
- La Parta A o B de Medicare;
- Medicaid;
- Un programa médico del Servicio de Salud Indígena o una organización tribal;
- El grupo de alto riesgo del Estado para beneficios de salud; comienza en la fecha de contratación.

- TRICARE (el programa de servicios de salud para dependientes y retirados militares);
- El Plan de Beneficios de Salud de Empleados Federales;
- Un plan de salud pública; o
- Un plan de salud bajo el Acta del Cuerpo de Paz.

Cobertura de Continuación de COBRA o COBRA

La cobertura de COBRA es cobertura que a usted se le ofrece para satisfacer los requisitos del Acta de Reconciliación del Presupuesto Comprensivo Consolidado de 1985 (COBRA, por su sigla en inglés). COBRA requiere que los empleadores le permitan a sus empleados o miembros familiares continuar con su cobertura de salud de grupo, pagándola ellos mismos por cuenta propia, pero siempre según las tarifas de grupo, si pierden su cobertura debido a la pérdida de su empleo, una reducción de horas, divorcio, fallecimiento del cónyuge que brinda el ingreso principal, y otros eventos determinados.

Condición Médica

Una condición médica es cualquier condición física o mental que resulte de una enfermedad, una herida, un embarazo, o una deformación congénita.

Conversión de Cobertura

La conversión de cobertura es cobertura individual de salud que puede serle ofrecido cuando usted pierde la cobertura de su plan de salud de grupo.

Empleador Grande

Un empleador grande tiene por lo menos 51 empleados.

Empleador Pequeño

Un empleador pequeño tiene por lo menos dos pero no más que 50 empleados. Ciertos Estados, sin embargo, pueden considerar que un negocio con únicamente un solo empleado es un empleador pequeño.

ERISA

Ley de Seguridad del Ingreso de Jubilación/retiro de Empleados (ERISA, por su sigla en inglés) es una ley que le brinda protecciones a individuos inscritos en planes de pensiones, de salud, y otros beneficios patrocinados por empleadores en el sector privado. El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos es el que administra a ERISA.

Exclusión por Condición Preexistente

Una exclusión por condiciones preexistentes le limita o niega beneficios médicos por una condición médica que existía antes de las condiciones preexistentes, y establece los requisitos que debe satisfacer una exclusión por condiciones preexistentes.

Fecha de Inscripción

Su fecha de inscripción por lo general es el primer día en el cual usted puede recibir beneficios bajo un plan de salud de grupo, o, si el plan le impone un período de espera, el primer día de su período de espera. A menos de que usted, a la hora en que lo contrataron, escoge no participar en el plan, su fecha de inscripción por lo general será la fecha en que usted comienza su trabajo.

Grupo de Riesgo Alto

Un grupo de riesgo alto comprende cualquier arreglo establecido y mantenido por el Estado, principalmente para brindarle beneficios de seguro de salud a ciertos residentes del Estado quienes, debido a su historial de mala salud, no pueden comprar cobertura en el mercado abierto o que podrían adquirir tal cobertura únicamente a una tarifa mucho más alta que la tarifa ofrecida por el grupo de riesgo alto. La cobertura ofrecida por el grupo de riesgo alto es comparable a la cobertura disponible en el mercado abierto, pero es el Estado el que recoge el riesgo de la cobertura. Por lo general el Estado apoya las pérdidas que sufre el grupo; esto lo hace por medio de gravámenes sobre todos los aseguradores de salud que operan en el Estado, en función a su fracción del mercado, y/o por medio de impuestos generales.

Individuo Elegible para HIPAA

En este manual, un individuo elegible para HIPAA significa una persona a la cual se le garantiza el derecho, bajo HIPAA, de comprar cobertura de un seguro individual de salud sin ninguna exclusión por condiciones preexistentes. Si usted reúne todos los requisitos que aparecen a continuación, usted es un “individuo elegible” y HIPAA le garantiza su derecho a comprar cobertura individual.

- Usted no tiene, o dentro de poco perderá, su cobertura bajo un plan de salud de grupo o una póliza de seguro individual de salud.
- Usted tiene por lo menos 18 meses de cobertura creditable sin ninguna interrupción significativa. (Una interrupción significativa es un período de 63 días o más durante los cuales usted no tenía ninguna cobertura. Si usted consigue cobertura antes de la media noche del día 63, usted no ha sufrido ninguna interrupción significativa de cobertura).

- Su cobertura más reciente debe haber sido con un plan de salud de grupo (por medio de su empleo o sindicato, o el de un miembro familiar).
- Usted no es elegible para Medicare o Medicaid.
- Usted no tiene ningún otro seguro de salud.
- Usted no perdió su seguro de salud debido a que no pagó sus primas o cometió fraude.
- Usted aceptó y agotó su cobertura de continuación de COBRA, o cobertura similar de su Estado, si es que se le ofreció.

Información Genética

Este término se refiere a información sobre genes, productos genéticos, y características heredadas que pueden derivar del individuo o de un miembro familiar.

Inscripción Especial

La inscripción especial es un período especial para inscribirse en un plan de salud de grupo sin tener que esperar por un período de inscripción abierta. Un plan de salud de grupo debe brindarle la oportunidad de una inscripción especial si usted rehusó cobertura bajo ese plan, ya que tenía cobertura alternativa, la cual posteriormente perdió, o si ha adquirido dependientes nuevos (por matrimonio, nacimiento, o adopción).

Inscrito Tardíamente

Una persona inscrita tardíamente es un individuo que no se inscribe en un plan de salud de grupo a la primera oportunidad, sino que se inscribe más tarde si es que el plan tiene un período abierto de inscripción general. Una persona inscrita tardíamente no es lo mismo que una persona inscrita especialmente.

Interrupción Significante de Cobertura

Una interrupción significativa de cobertura consiste en 63 días completos seguidos, o más, sin cobertura creditable. En ciertos Estados, sin embargo, puede permitirse una interrupción más larga en la cobertura.

Mercado Individual

Esto se refiere a seguros de salud que están a la disposición de individuos y sus dependientes que no esté vinculado a un plan de salud de grupo.

Período de Espera

En el mercado individual, un período de espera es el tiempo que transcurre entre el momento en que presenta su solicitud y el comienzo de su cobertura. Con respecto a un plan de salud de grupo, es el tiempo que debe transcurrir antes de que un empleado nuevo sea elegible para recibir beneficios bajo ese plan. El período de espera por lo general comienza en la fecha de contratación.

Período de Inscripción

Si su plan de salud de grupo le brinda su cobertura por medio de un contrato con un HMO, un período de inscripción es la duración del período durante el cual un HMO puede hacerlo esperar antes de que usted pueda recibir beneficios. Durante este tiempo, a usted no se le puede cobrar una prima. Bajo HIPAA, un período de afiliación no puede durar más de dos meses (tres meses si usted se inscribió tardíamente), y debe comenzar en la fecha de su inscripción con el plan de salud de grupo. Por lo tanto, si usted se pasa a la cobertura de un HMO más de 3 meses después de su fecha de inscripción, el HMO no puede imponerle a usted un período de inscripción. Los períodos de inscripción son una alternativa a las exclusiones por condiciones preexistentes; un HMO no puede imponer ambas, ni siquiera sobre individuos distintos.

Plan Asegurado

Un plan asegurado es un plan de salud de grupo bajo el cual los beneficios son brindados por el empleador o sindicato que lo patrocina, por medio de la compra de cobertura de seguro de salud de un HMO o una compañía de seguros. A cambio de una prima o contribución que la pagan el empleador o sindicato y/o sus empleados o miembros, el HMO o la compañía de seguros asume el riesgo completo del costo de los beneficios que se brindan.

Plan Auto-Asegurado (o Auto-Financiado)

Un plan auto-asegurado (o auto-financiado) es un plan de salud de grupo bajo el cual el riesgo por el costo de los beneficios que se brindan lo asume el empleador o sindicato que lo patrocina. El empleador o sindicato puede contratar a una tercera parte para que desempeñe tales servicios (tal como el pagar reclamos, cobrar primas, o brindar otros servicios administrativos), pero la responsabilidad financiera por el costo de los beneficios que se brindan queda con el empleador o el sindicato. Típicamente, un plan auto-asegurado comprará un seguro que le limita sus pérdidas en caso de que su responsabilidad financiera sobrepase cierto nivel.

Plan de Iglesia

Un plan de iglesia es un plan de salud establecido por una iglesia u otra organización religiosa, o por una convención o asociación de iglesias, para sus empleados. Los planes de iglesia pueden incluir empleados de hospitales o universidades que le pertenecen a dichas organizaciones religiosas, o son administradas por las mismas.

Plan de Red

Un plan de Red es una póliza de seguro de salud que brinda cobertura por medio de un grupo definido de proveedores que tienen un contrato con la aseguradora de salud.

Plan de Salud de Grupo

Un plan de salud de grupo es un plan de beneficios para el bienestar del empleado, mantenido por un empleador o sindicato, y que le brinda servicios de salud a los empleados, y frecuentemente a sus dependientes.

Póliza

Una póliza de seguro, o cualquier otro contrato (como por ejemplo un contrato de HMO) que le brinda la cobertura de un seguro de salud a usted o a su plan de salud de grupo.

Póliza de Conversión

Una póliza de conversión es una póliza de seguro individual de salud que usted posiblemente pueda conseguir después de perder su cobertura de grupo. Una aseguradora de salud puede permitirle “convertir” su póliza a una póliza individual, una vez que usted haya perdido su cobertura de grupo. Esto significa que usted seguiría con una póliza, por lo general con el mismo asegurador, pero sería una póliza individual. Los beneficios que ofrece la póliza de conversión posiblemente no serán los mismos que las que usted disfrutaba bajo su póliza de grupo. Por lo general, las primas para una póliza de conversión serán más caras.

Primas

Las primas se refieren a la cantidad que usted se compromete a pagarle a una aseguradora de salud o a un HMO, generalmente sobre una base periódica, a cambio de cobertura de salud.

Seguro Limitado de Corta Duración

Un seguro limitado de corta duración es un contrato de seguro de salud que caduca dentro de 12 meses, y que no puede ser renovado.

Para Conseguir más Información

Sobre los Certificados de Cobertura Creditable

Si usted no recibe un certificado de cobertura creditable, o si pierde el que recibió, en la mayoría de los casos, debe contactar al administrador de su plan de grupo antiguo, o a su compañía de seguros de salud si es que tiene una póliza individual.



Sobre los Planes de Iglesia

Para averiguar más sobre los planes de iglesia, contacte al número telefónico gratuito del Departamento de Trabajo (1-800-998-7542) para conseguir un manual de referencia llamado “Questions and Answers: Recent Changes in Health Care Law” (Preguntas y Respuestas: Cambios Recientes en la Ley de Servicios de Salud).



Sobre COBRA

Para averiguar más sobre la cobertura de continuación de COBRA en relación a HIPAA, llame al número telefónico gratuito del Departamento de Trabajo (1-800-998-7542) para conseguir un manual de referencia llamado “Questions and Answers: Recent Changes in Health Care Law” (Preguntas y Respuestas: Cambios Recientes en la Ley de Servicios de Salud).



Para conseguir información detallada por la Internet sobre COBRA, busque en el sitio Internet del Departamento de Trabajo. La dirección es: <http://www.dol.gov/dol/pwba/public/health.htm>



Sobre la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

La Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud mantiene una línea telefónica para contestar preguntas sobre HIPAA. Esta NO es una línea gratuita. La línea de ayuda de HIPAA puede conseguirse marcando al 410-786-1565.



Usted puede conseguir información adicional sobre HIPAA, buscando en la Internet en el sitio de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud. Si también quiere conseguir información más detallada sobre la situación de su seguro individual de salud, active “HIPAA OnLine” en <http://www.cms.hhs.gov/hipaa1>



Sobre la Ley de Paridad de Salud Mental (MHPA)

Usted puede conseguir más información sobre MHPA buscando en la Internet en el sitio de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud. La dirección es: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa1>



Sobre la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y la Madre (NMHPA)

Usted puede conseguir más información sobre NMHPA buscando en la Internet en el sitio de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud. La dirección es: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa1>

Sobre Exclusiones por Condiciones Preexistentes

Si usted tiene cualquier pregunta sobre exclusiones por condiciones preexistentes bajo el plan de salud de grupo de su empleador, contacte al administrador del plan.



Sobre la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer (WHCRA)

Usted puede conseguir más información sobre WHCRA buscando en la Internet en el sitio de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud. La dirección es: <http://hipaa.hcfa.gov>

Sobre los Contactos HIPAA de los Departamentos de Seguros de los Estados

A menudo la ley Estatal le brindará protecciones de seguros de salud distintos de los que le brinda la ley Federal. Por lo tanto, en muchas instancias puede ser importante que usted se ponga en contacto con el departamento de seguros de su Estado, que aparece a continuación, para conseguir más información sobre las protecciones de seguros que le ofrece su Estado.

Alabama

Alabama Department of Insurance
201 Monroe Street, Suite 1700
Montgomery, Alabama 36104
334-241-4141
Fax 334-241-4192

Alaska

Alaska Department of Commerce &
Economic Development
Division of Insurance
3601 C Street, Suite 1324
Anchorage, AK 99503-5948
907-269-7900
800-467-8725 (Alaska)
Fax 907-465-3422

American Samoa

Office of the Governor
American Samoa Government
Pago Pago, American Samoa 96799
011-684-633-4116
Fax 011-684-633-2269

Arizona

Arizona Department of Insurance
2910 North 44th Street, Suite 210
Phoenix, AZ 85018-7256
602-912-8446
800-325-2548 (Arizona)
Fax 602-954-7008

Arkansas

Arkansas Department of Insurance
1200 West 3rd Street
Little Rock, AR 72201-1904
501-371-2640
800-852-5494
Fax 501-371-2629

California

California Department of Insurance
Consumer Services Division
300 South Spring Street
Los Angeles, CA 90013
213-897-8921
800-927-4357
Fax 916-322-7294

California Dept. of Managed Health Care
980 9th Street
Sacramento, CA 95814
800-400-0815

Colorado

Colorado Division of Insurance
1560 Broadway, Suite 850
Denver, CO 80202
303-894-7490
800-930-3745 (Colorado)
Fax 303-894-7455

Connecticut

Connecticut Department of Insurance
P.O. Box 816
135 Market Street
Hartford, CT 06142-0816
860-297-3802
800-203-3447 (Connecticut)
Fax 860-566-7410

Delaware

Delaware Department of Insurance
841 Silver Lake Boulevard
Dover, DE 19904
302-739-4251
Fax 302-739-5280

District of Columbia

Insurance Administration
810 First Street, NE, Suite 701
Washington, DC 20002
202-727-8000 Ext. 3018
Fax 202-535-1198

Florida

Florida Department of Insurance
Bureau of Consumer Affairs
200 E. Gaines Street
Tallahassee, FL 32399-0300
850-922-3132
800-342-2762 (Florida)
Fax 850-488-2349

Georgia

Georgia Department of Insurance
2 Martin L. King, Jr. Dr.
Floyd Memorial Bldg., 716 W. Tower
Atlanta, GA 30334
404-656-2070
800-656-2298 (Georgia)
Fax 404-657-8542

Guam

Department of Revenue & Taxation
Insurance Branch
Government of Guam
Building 13-1, 2nd Floor
Mariner Avenue
Tiyan, Barrigada, Guam 96913
011-671-475-1843
Fax 011-671-472-2643

Hawaii

Hawaii Insurance Division
Dept. of Commerce & Consumer Affairs
250 S. King Street, 5th Floor
Honolulu, HI 96813
808-586-2809
Fax 808-586-2806

Idaho

Idaho Department of Insurance
700 West State Street, 3rd Floor
Boise, ID 83720-0043
208-334-4300
800-721-3272 (Idaho)
Fax 208-334-4398

Illinois

Illinois Department of Insurance
320 West Washington Street., 4th Floor
Springfield, IL 62767
217-785-0116
877-527-9431

Indiana

Indiana Department of Insurance
311 W. Washington Street, Suite 300
Indianapolis, IN 46204-2787
317-232-2395
800-622-4461
Fax 317-232-5251

Iowa

Iowa Division of Insurance
330 E. Maple Street
Des Moines, IA 50319
515-281-5705
877-955-1212 (Iowa)
Fax 515-281-3059

Kansas

Kansas Department of Insurance
420 S.W. 9th Street
Topeka, KS 66612-1678
785-296-3071
800-432-2484 (Kansas)
Fax 785-296-7805

Kentucky

Kentucky Department of Insurance
P.O. Box 517
215 West Main Street
Frankfort, KY 40602-0517
502-564-6088
800-595-6053
Fax 502-564-1453

Louisiana

Louisiana Department of Insurance
Office of Health
P.O. Box 94214
950 North 5th Street
Baton Rouge, LA 70804
225-219-4770
800-259-5301
Fax 225-342-8622

Maine

Maine Bureau of Insurance
Dept. of Professional & Financial Regulation
Consumer Health Care Division
34 State House Station
Augusta, ME 04333-0034
207-624-8475
800-300-5000 (Maine)
Fax 207-624-8599

Maryland

Maryland Insurance Administration
525 St. Paul Place
Baltimore, MD 21202-2272
410-468-2244
800-492-6116
Fax 410-468-2260

Massachusetts

Commonwealth of Massachusetts
Division of Insurance
One South Station, 4th Floor
Boston, MA 02110
617-521-7301
Fax 617-521-7758

Michigan

Michigan Division of Insurance
Policy & Consumer Services
611 W. Ottawa Street, 2nd Floor
Lansing, MI 48933-1020
517-373-2984
877-999-6442
Fax 517-335-1727

Minnesota

Minnesota Department of Commerce
Enforcement Division
133 East 7th Street
St. Paul, MN 55101
651-296-2488
800-657-3602
Fax 651-296-4328

Mississippi

Mississippi Department of Insurance
1804 Walter Sillers State Office Building
550 High Street
Jackson, MS 39201
601-359-3569
800-562-2957 (Mississippi)
Fax 601-359-2474

Missouri

Missouri Department of Insurance
Division of Consumer Affairs
301 West High Street, 5 North
Jefferson City, MO 65102-0690
573-751-2640
800-726-7390
Fax 573-751-1165

Montana

Montana Department of Insurance
126 North Sanders
270 Mitchell Building
Helena, MT 59601
406-444-4613
Fax 406-444-3497

Nebraska

Nebraska Department of Insurance
Terminal Building
941 'O' Street
Lincoln, NE 68508
402-471-0888
877-564-7323
Fax 402-471-4610

Nevada

Nevada Department of Business & Industry
Division of Insurance
788 Fairview Drive, Suite 300
Carson City, NV 89701
775-687-4270
888-872-3234 (Nevada)
Fax 775-687-3937

New Hampshire

Department of Insurance
Consumer Affairs
56 Old Suncook Road
Concord, NH 03301
603-271-2261
800-852-3416
Fax 603-271-1406

New Jersey

New Jersey Department of Insurance
20 West State Street CN325
Trenton, NJ 08625
609-292-5316
Fax 609-292-5865

New Mexico

Public Regulation Commission
Insurance Division
P.O. Box 1269
Santa Fe, NM 87504-1269
505-827-4601
800-927-4722 (New Mexico)
Fax 505-476-0326

New York

New York Department of Insurance
Albany Agency Building One
Empire State Plaza
Albany, NY 12257
518-474-6600
800-342-3736 (New York)
Fax 518-474-2188

North Carolina

North Carolina Department of Insurance
P.O. Box 26387
Raleigh, NC 27611
919-733-3058
Fax 919-733-6495

North Dakota

North Dakota Department of Insurance
600 E. Boulevard
Bismarck, ND 58505-0320
701-328-2440
800-247-0560 (North Dakota)
Fax 701-328-4880

Northern Mariana Islands

Commonwealth of the Northern Mariana
Islands
Department of Commerce
Caller Box 10007 CK
Saipan, MP 96950
670-664-3000

Ohio

Ohio Department of Insurance
Consumer Services Division
2100 Stella Court
Columbus, OH 43215-1067
614-644-2673
800-686-1526 (Ohio)
Fax 614-644-3744

Oklahoma

Oklahoma Department of Insurance
2401 N.W. 23rd Street, Suite 28
Oklahoma City, OK 73107
405-521-2828
Fax 405-521-6635

Oregon

Oregon Division of Insurance
Dept. of Consumer & Business Services
350 Winter Street NE, Room 200
Salem, OR 97310-0700
503-947-7205
Fax 503-947-7205

Pennsylvania

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
1321 Strawberry Square, 13th Floor
Harrisburg, PN 17120
717-787-2317
877-881-6388 (Pennsylvania)
Fax 717-787-8585

Puerto Rico

Puerto Rico Department of Insurance
Cobian's Plaza Building
1607 Ponce de Leon Avenue
Santurce, PR 00909
787-722-8686
Fax 787-722-4400

Rhode Island

Rhode Island Insurance Division
Department of Business Regulation
233 Richmond Street, Suite 233
Providence, RI 02903-4233
401-222-2223
Fax 401-222-5475

South Carolina

Consumer Services Division
South Carolina Department of Insurance
P.O. Box 100105
1612 Marion Street
Columbia, SC 29202-3105
803-737-6180
800-768-3467 (South Carolina)

South Dakota

South Dakota Division of Insurance
Department of Commerce & Regulation
118 W. Capitol Avenue
Pierre, SD 57501-2000
605-773-3563
Fax 605-773-5369

Tennessee

Tennessee Dept. of Commerce & Insurance
Volunteer Plaza
500 James Robertson Parkway
Nashville, TN 37243-0565
615-741-2241
Fax 615-532-6934

Texas

Texas Department of Insurance
333 Guadalupe Street
Austin, TX 78701
512-463-6464
800-252-4349
Fax 512-475-1771

Utah

Utah Department of Insurance
3110 State Office Building
Salt Lake City, UT 84114-1201
801-538-3800
Fax 801-538-3829

Vermont

Vermont Division of Health Care
Administration
Dept. of Banking, Insurance & Securities
89 Main Street, Drawer 20
Montpelier, VT 05620-3101
802-828-2900
800-631-7788

Virginia

Virginia Bureau of Insurance
State Corporation Commission
1300 East Main
Richmond, VA 23219
804-371-9074
Fax 804-371-9944

United States Virgin Islands

United States Virgin Islands
#18 Kongens Gade, Charlotte
Amalie St. Thomas, VI 00802
340-774-7166
Fax 340-774-9458

Washington

Washington Office of the Insurance
Commissioner
14th Avenue & Water Street
P.O. Box 40255
Olympia, WA 98504-0255
360-753-7301
800-562-6900 (Washington)
Fax 360-586-3535

West Virginia

West Virginia Department of Insurance
P.O. Box 50540
Charleston, WV 25305-0540
304-558-3386
800-642-9004 (West Virginia)
Fax 304-558-4965

Wisconsin

Office of the Commissioner of Insurance
State of Wisconsin
121 E. Wilson
Madison, WI 53702
608-267-1233
800-236-8517 (Wisconsin)
Fax 608-261-8579

Wyoming

Wyoming Department of Insurance
Herschler Building
122 West 25th Street, 3rd East
Cheyenne, WY 82002-0440
307-777-7401
Fax 307-777-5895

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS
ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland, 21244-1850

Asunto Oficial

Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación No. HCFA 10199-S
Septiembre 2000

Protección de su Cobertura de Seguro de Salud
Protecting Your Health Insurance Coverage–Sp

