

*La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration o EBSA) del Departamento del Trabajo administra varias leyes importantes acerca de los beneficios de salud que cubren los planes de salud basados en los empleadores. Rigen sus derechos básicos a obtener información acerca de cómo funciona su plan de salud, cómo califica usted para los beneficios y cómo reclamar los beneficios. Además, existen leyes específicas que protegen su derecho a beneficios de salud cuando usted pierde su cobertura o cambia de empleo. EBSA también supervisa las leyes de atención de salud recientemente aprobadas que cubren condiciones médicas especiales. Para obtener más información acerca de las leyes que protegen sus beneficios, visite el sitio Web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). O llame gratis a la línea de ayuda de la agencia al 1-866-444-3272 para obtener el número de teléfono de una oficina regional cercana.*

*Estos 10 consejos pueden hacer que sus beneficios de salud funcionen mejor para usted.*

### *Estas leyes pueden ayudar:*

**La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (Employee Retirement Income Security Act)** — Ofrece protecciones a las personas inscritas en planes de pensión, salud y otros beneficios patrocinados por empleadores del sector privado, provee derechos a información y un proceso de quejas y apelaciones para que los participantes obtengan beneficios de sus planes.

**La Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)** — Contiene disposiciones que otorgan el derecho a comprar continuación temporal de la cobertura del plan de salud grupal a tarifas grupales en casos específicos a ciertos ex-empleados, personas jubiladas, cónyuges e hijos dependientes.

**La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act)** — Incluye protecciones para millones de trabajadores estadounidenses y sus familias que tengan condiciones médicas preexistentes, prohíbe la discriminación en la cobertura de atención de salud y garantiza que se emitan pólizas individuales a ciertas personas elegibles.

**La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (Newborns' and Mothers' Health Protection Act)** — Provee reglas acerca del nivel mínimo de cobertura para las estancias en el hospital después de dar a luz.

**La Ley de Igualdad en la Salud Mental (Mental Health Parity Act)** — Requiere que los límites monetarios anuales o vitalicios sobre los beneficios de salud mental no sean más bajos que los límites monetarios sobre los beneficios médicos y quirúrgicos que ofrece un plan de salud grupal.

**La Ley de los Derechos de Salud y Cáncer para las Mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act)** — Ofrece protecciones para pacientes con cáncer de pecho que eligen la reconstrucción de los senos en conexión con una mastectomía.

### *Para averiguar más...*

Llame gratis a la línea directa de publicaciones de EBSA al **1-800-998-7542** para obtener copias de los siguientes folletos, o léalos por Internet en: [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

- Sus derechos a la portabilidad de su cobertura de atención de salud (Your Rights to Health Coverage Portability)
- Una guía para el empleado respecto a los beneficios de salud bajo COBRA (An Employee's Guide to Health Benefits Under COBRA)
- La pensión y la cobertura de atención de salud...Preguntas y respuestas para trabajadores desplazados (Pension and Health Care Coverage...Questions and Answers for Dislocated Workers)
- ¿Pueden cortarse los beneficios de salud para jubilados provistos por su empleador? (Can the Retiree Health Benefits Provided by Your Employer Be Cut?)

Visite además los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov). O comuníquese con su oficina estatal del Director de Seguros.

Revisado en septiembre de 2004



**Las 10  
mejores maneras  
de hacer que sus  
beneficios de salud  
funcionen para usted.**

**Departamento del Trabajo de EE.UU.**

**1 Sus opciones son importantes.** Existen muchos tipos distintos de planes de beneficios de salud. Averigüe cuáles ofrece su empleador, luego investigue cada plan. La oficina de recursos humanos de su empleador, el administrador del plan de salud o su sindicato pueden proveer información para ayudarle a aparear sus necesidades y preferencias con los planes disponibles. *Mientras más información tenga, mejores serán sus decisiones acerca de su atención de salud.*

**2 Revisando los beneficios disponibles.** ¿Cubren los planes ofrecidos atención preventiva, atención para bebés sanos, atención para la vista o dental? ¿Hay deducibles? Las respuestas a estas preguntas pueden ayudarle a determinar los gastos no reembolsables que usted podría enfrentar. *Apareando las necesidades suyas y de sus familiares resultará en los mejores beneficios posibles. Lo más económico puede no ser siempre lo mejor. Su meta es beneficios de salud de alta calidad.*

**3 Busque calidad.** La calidad de los servicios de atención de salud varía, pero puede medirse. Usted deberá considerar la calidad de la atención de salud al decidir entre los planes u opciones de atención de salud que tiene disponible. No todos los planes de salud, médicos, hospitales y demás proveedores proporcionan atención de la más alta calidad. Afortunadamente, hay información que usted puede utilizar ahora mismo para ayudarle a comparar sus opciones de atención de salud. *Averigüe cómo puede usted medir la calidad. Consulte la publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. titulada “Su guía para elegir atención de salud de calidad” (Your Guide to Choosing Quality Health Care) por Internet en [www.ahcpr.gov/consumer](http://www.ahcpr.gov/consumer).*

**4 La descripción resumida de su plan (summary plan description o SPD) provee una abundancia de información.** El administrador de su plan de atención deberá proporcionarle una copia. En ella se describen sus beneficios y derechos legales bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act o ERISA), la ley federal que protege sus beneficios de salud. Deberá contener información acerca de la cobertura de los dependientes, qué servicios requerirán un copago y las circunstancias bajo las cuales su empleador puede cambiar o cancelar un plan de beneficios de salud. *Guardé el SPD y todos los demás folletos y documentos del plan de salud, junto con los memorandos o correspondencia de parte de su empleador respecto a beneficios de salud.*

**5 Evalúe su cobertura de beneficios según cambia su situación familiar.** El matrimonio, el divorcio, el nacimiento o la adopción de un niño o el fallecimiento de un cónyuge son acontecimientos de la vida que pueden señalar la necesidad de cambiar sus beneficios de salud. Usted, su cónyuge e hijos dependientes pueden ser elegibles para un período de inscripción especial conforme a las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA). Aun sin acontecimientos que cambian las circunstancias de la vida, la información que le proporciona su empleador deberá decirle cómo puede usted cambiar de beneficios o cambiar de plan si se ofrece más de uno. Una nota especial: Si el empleador de su cónyuge también ofrece un paquete de beneficios de salud, considere coordinar ambos planes para obtener la cobertura máxima. *Lea “Sus derechos a la portabilidad de su cobertura de salud” (Your Rights to Health Coverage Portability) (vea el panel de atrás).*

**6 Los cambios de empleo y otros acontecimientos de la vida pueden afectar sus beneficios de salud.** Bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act — mejor conocida como COBRA), usted, su cónyuge cubierto e hijos dependientes pueden ser elegibles para comprar cobertura de salud extendida a través del plan de su empleador si usted pierde su empleo, cambia de empleo, se divorcia o si suceden ciertos otros acontecimientos. La cobertura puede fluctuar entre los 18 y 36 meses, dependiendo de su situación. COBRA es aplicable a la mayoría de los empleadores que tienen 20 empleados o más y requiere que su plan le avise acerca de sus derechos. La mayoría de los planes requieren que las personas elegibles tomen la decisión acerca de COBRA dentro de los 60 días de aviso de parte del plan. *Asegúrese de darle seguimiento a través del patrocinador de su plan si no usted recibe un aviso y asegúrese de responder dentro del plazo estipulado. Obtenga la información mediante una copia del folleto “Una guía para el empleado respecto a los beneficios de salud bajo COBRA” (An Employee’s Guide to Health Benefits Under COBRA) (vea el panel de atrás).*

**7 HIPAA también puede ayudar si usted está cambiando de empleo,** especialmente si tiene una condición médica. Generalmente, HIPAA limita las exclusiones por condiciones preexistentes a una duración máxima de 12 meses (18 meses para las inscripciones tardías). HIPAA también requiere que se reduzca este período máximo por el período durante el cual usted tuvo previa “cobertura acreditable”. Usted deberá recibir un certificado que documenta su previa cobertura acreditable de su antiguo plan cuando termine su cobertura. *Para averiguar más, lea “Sus derechos a la portabilidad de su cobertura de salud” (Your Rights to Health Coverage Portability) (vea el panel de atrás).*

**8 Haga planes para su jubilación.** Antes de jubilarse, averigüe qué beneficios de salud, si los hubiere, se extienden a usted y a su cónyuge durante sus años de jubilación. Consulte con la oficina de recursos humanos de su empleador, su sindicato o con el administrador del plan y verifique su SPD. Asegúrese de que no haya información contradictoria entre estas fuentes acerca de los beneficios que recibirá o las circunstancias bajo las cuales los mismos pueden cambiar o eliminarse. *Con esta información a la mano, usted podrá tomar otras decisiones importantes, tales como averiguar si es elegible para cobertura de salud a través de Medicare y Medicaid.*

**9 Sepa cómo presentar una apelación si le niegan su reclamo por beneficios de salud.** Entienda cómo trata las quejas su plan y adónde presentar apelaciones de las decisiones de parte del plan. Mantenga registros y copias de la correspondencia. *Verifique su paquete de beneficios de salud y su SPD para determinar quién es responsable de encargarse de los problemas con los reclamos por beneficios. Comuníquese con EBSA para obtener asistencia si no puede obtener una respuesta a su queja. (Vea el panel de atrás para información acerca de cómo comunicarse con nosotros.)*

**10 Usted puede tomar medidas para mejorar la calidad de la atención de salud y de los beneficios de salud que recibe.** Busque y utilice cosas tales como “Informes de Calidad” (Quality Reports) e “Informes de Acreditación” (Accreditation Reports) siempre que pueda. Los informes de calidad pueden contener calificaciones de parte de consumidores — cuán satisfechos están con los médicos de su plan, por ejemplo — y medidas de desempeño clínico — cuán bien previene y trata las enfermedades una organización de atención de salud. Los informes de acreditación proveen información acerca de cómo las organizaciones acreditadas cumplen con las normas nacionales y a menudo incluyen medidas de desempeño clínico. *Busque estas medidas de calidad siempre que sea posible. Consulte “Su guía para elegir atención de salud de calidad” (Your Guide to Choosing Quality Health Care) por Internet en [www.ahrq.gov/consumer/qntool.htm](http://www.ahrq.gov/consumer/qntool.htm).*