



Conozca sobre...

Los nuevos beneficios para los consumidores según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

La reducción de sus costos para servicios preventivos

Usted puede calificar para algunos servicios de prevención importantes sin ningún costo adicional para usted.

Lea más a continuación y en www.CuidadoDeSalud.gov.

¿Por qué son importantes los servicios de prevención?

Demasiados estadounidenses no obtienen el cuidado de salud preventivo que necesitan para mantenerse saludables, evitar o demorar el desarrollo de enfermedades, llevar vidas productivas y reducir los costos de los cuidados de salud. El costo compartido (incluyendo los copagos, coseguro y deducibles) reduce la posibilidad de que se utilicen los servicios de prevención.

A menudo, debido al costo, los estadounidenses usan los servicios preventivos aproximadamente a la mitad de la frecuencia recomendada.

Sin embargo, las enfermedades crónicas, tales como las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes, son las responsables de 7 de cada 10 muertes que ocurren en los EE.UU. cada año y representan el 75 por ciento del gasto de salud del país, que a menudo se pueden prevenir.

¿Cómo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio aumentará mi acceso a los servicios de prevención?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ayuda a que los servicios de

prevención y bienestar estén al alcance y sean accesibles para usted exigiendo a muchos de los planes de salud que cubran todos los servicios preventivos recomendados y sin el costo compartido por los servicios. Si usted o su familia se inscribe en un plan de salud de grupo basado en el empleador o en una póliza de seguro individual creada después del 23 de marzo de 2010, se le exigirá a su plan que preste algunos servicios de prevención recomendados sin cobrarle ningún copago, coseguro o deducible por ellos.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio es el nombre que se da a la ley de reforma integral del seguro médico, aprobada el 23 de marzo de 2010.

¿Qué servicios de prevención puede obtener sin los requisitos de costo compartido?

Según su edad, usted puede tener acceso sin costo alguno a dichos servicios preventivos como:

- Análisis de la presión arterial, diabetes y colesterol;
- Pruebas para muchos tipos comunes de cáncer, entre los que se incluyen mamografías y colonoscopías

(el examen que se realiza para detectar el cáncer de colon).

- Asesoría de su proveedor de servicios de salud sobre temas tales como dejar de fumar, perder peso, comer saludablemente, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol.
- Vacunas de rutina contra enfermedades como sarampión, polio o meningitis.
- Inyecciones contra la gripe y la neumonía;
- Asesoría, exámenes médicos y vacunas para garantizar embarazos saludables.
- Consultas regulares para bebés y niños sanos, desde el nacimiento hasta los 21 años.

Para obtener una lista completa de los servicios de prevención afectados, visite <http://www.healthcare.gov/law/about/provisions/services/lists.html>. Para obtener más información sobre cómo mantenerse saludable y qué servicios de prevención cubiertos son ideales para usted, según su edad, sexo y estado de salud, consulte a su proveedor de servicios de salud y visite <http://www.healthfinder.gov>.

¿Esta nueva regulación se aplica a mi plan de salud?

Esta disposición de servicios de prevención aplica a las personas inscritas en los planes de salud de grupo basados en el empleador y en las pólizas de seguro médico individual que no han sido adquiridas (ver continuación). Si corresponde, esta disposición repercutirá en su plan

tan pronto como comience su primer “año del plan” o “año de la póliza” durante o después del 23 de septiembre de 2010.

Un año de plan es un período de 12 meses de cobertura de beneficios. Este período de 12 meses puede no ser igual al año calendario. Este período es llamado **año de póliza** para las pólizas de seguro médico individuales. Para conocer cuándo comienza el año del plan o de la póliza, lea los documentos de la póliza o consulte a su empleador o asegurador. Por ejemplo, si su plan tiene un año de plan calendario, las nuevas normas se aplicarían a su cobertura a partir del 1 de enero de 2011.

Si su plan de salud basado en el empleador o su póliza de seguro médico individual estaban en vigencia o se adquirió durante o antes del 23 de marzo de 2010, tal vez estos beneficios no estén disponibles para usted. Dichos planes pueden ser “adquiridos” y estar exentos de esta u otra disposición de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a fin de asegurar que las personas que estén conformes con su cobertura actual puedan mantenerla.

Su plan de salud o póliza debe divulgar en sus materiales si es considerado o no como plan de derechos adquiridos y además debe aconsejar a los consumidores cómo comunicarse con el Departamento del Trabajo de los EE.UU. (para consumidores con planes de salud de grupo basados en el empleador) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (para personas con pólizas de seguro médico individuales) para obtener más información.

¿Hay algo más en las letras pequeñas que deba saber?

- Si su plan de salud usa una red de proveedores, tenga en cuenta que solamente se necesitan los planes de salud para brindar estos servicios de prevención sin gasto compartido por medio de un proveedor dentro de la red. Su plan de salud puede permitirle recibir estos servicios de un proveedor fuera de la red pero le podría cobrar una tarifa en el momento.
- Su médico puede brindarle un servicio preventivo como por ejemplo un examen médico de colesterol como parte de una visita al consultorio. Tenga en cuenta que su plan puede requerir que usted pague algunos costos de la visita al consultorio si el servicio de prevención no es el objetivo principal de la visita o si su médico le factura por los servicios de prevención por separado de la visita al consultorio.

¿Qué otras medidas de protección ofrece la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a los consumidores?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio incluye muchas medidas de protección al consumidor que se aplican

a la mayoría de las coberturas médicas, a partir del 23 de septiembre de 2010. Éstas incluyen reglas que:

- Evitan que las compañías de seguro se nieguen a brindar cobertura a hijos menores de 19 años debido a una condición de salud preexistente.
- Prohíben a los aseguradores retirar su cobertura en base a un error involuntario en una solicitud.
- Protegen su libertad para elegir al proveedor de servicios de salud y su acceso a atención de emergencia.
- Permiten a los consumidores agregar o mantener a los niños en sus pólizas de salud hasta los 26 años.
- Evitan que los aseguradores fijen límites anuales y de por vida en dólares en su cobertura.
- Lo ayudan para que reciba el máximo valor por los dólares de su prima.
- Garantizan su derecho a apelar ante una entidad independiente cuando su plan rechaza el pago de un servicio y tratamiento.

Visite www.CuidadoDeSalud.gov para conocer más sobre la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y cómo aprovechar las opciones de cuidados de salud.