

**SU PLAN DE SALUD
Y LA LEY HIPAA...
UTILIZANDO LA LEY
A SU FAVOR**



Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de los EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, se encuentra disponible en el sitio Web de la agencia en: www.dol.gov/ebsa.

Para un listado completo de todas las publicaciones de la agencia, llame a nuestro número gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

También puede enviar un correo electrónico a www.askebsa.dol.gov.

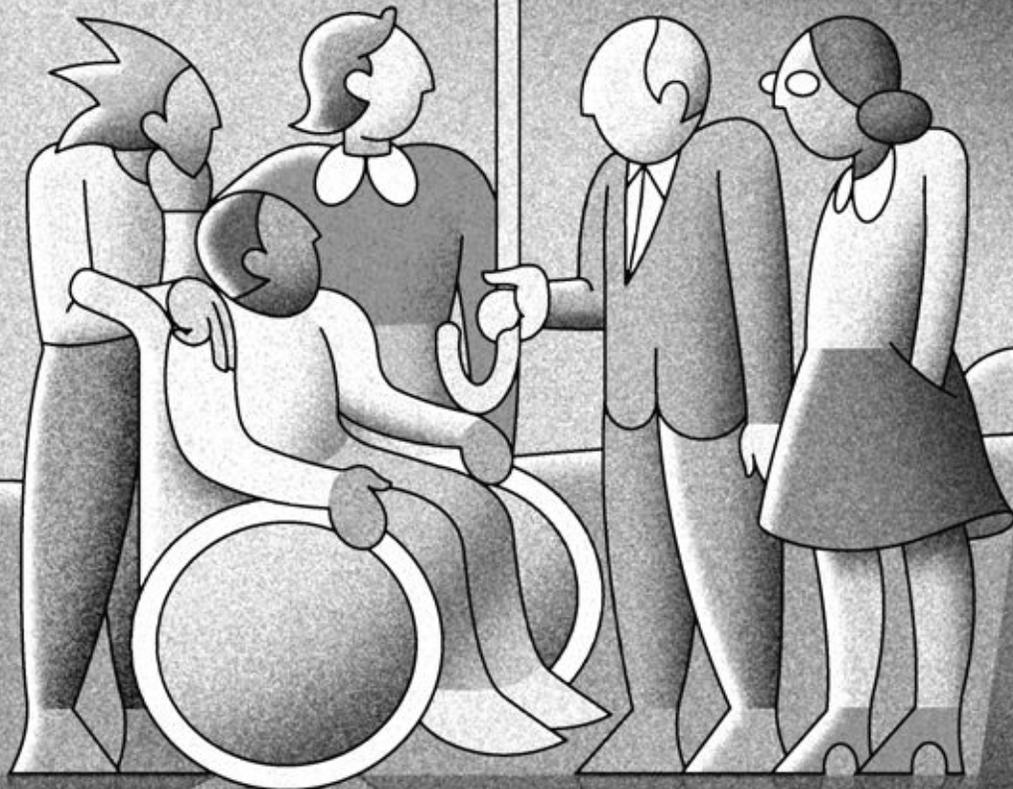
Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud.

Teléfono de voz: (202)693-8664 TTY: (202)501-3911

octubre de 2009

Este folleto es una guía de cumplimiento de la pequeña entidad con los propósitos de la Ley de Cumplimiento Regulatorio de Pequeños Negocios de 1996.

**SU PLAN DE SALUD
Y LA LEY HIPAA...
UTILIZANDO LA LEY
A SU FAVOR**



HIPAA es la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996.

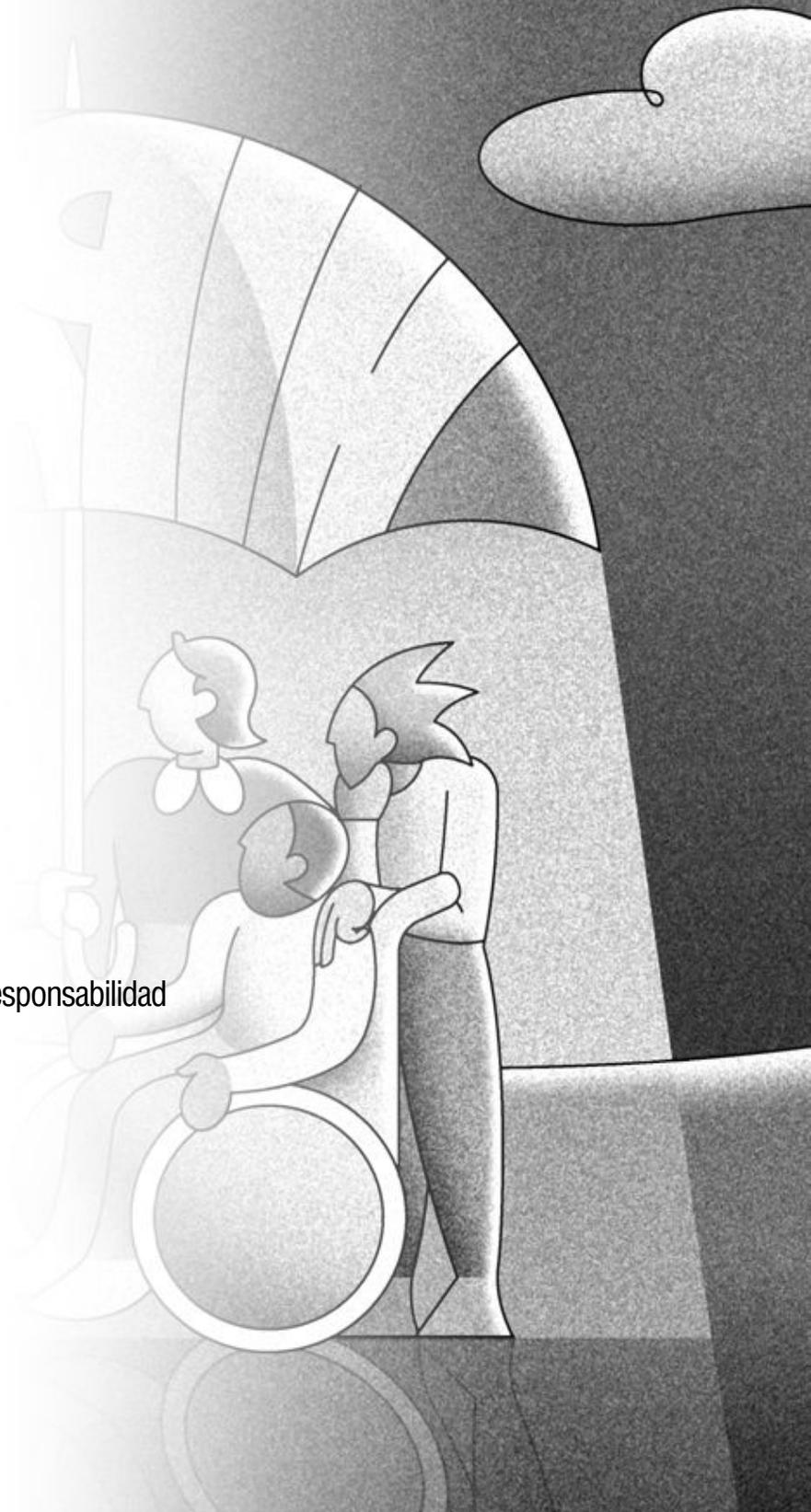


TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1 CONDICIONES PREEXISTENTES, CAMBIOS DE TRABAJO Y PROTECCIONES GENERALES	4
CAPÍTULO 2 UTILIZANDO LA COBERTURA DE SALUD ANTERIOR PARA REDUCIR LA DURACIÓN DE CUALQUIER PERÍODO DE EXCLUSIÓN POR CONDICIÓN PREEXISTENTE	7
CAPÍTULO 3 OBTENIENDO Y UTILIZANDO UN CERTIFICADO PARA MOSTRAR LA COBERTURA DE UN PLAN DE SALUD ANTERIOR	10
CAPÍTULO 4 APROVECHANDO LAS OPORTUNIDADES DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL	13
CAPÍTULO 5 PROTECCIONES DE HIPAA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN	16
CAPÍTULO 6 MÁS COBERTURA BAJO LA PROTECCIÓN DE HIPAA	21
RECURSOS	24
GLOSARIO	26

INTRODUCCIÓN

Tal vez ha oído hablar de HIPAA – la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud – en una visita al consultorio de su médico. Quizás el personal del médico le entregó un “aviso de privacidad de HIPAA” donde le notificaba sobre las protecciones de su información personal de salud. Pero la cobertura de HIPAA va mucho más allá de la privacidad.

Para muchas personas, la cobertura de salud es un beneficio importante de sus trabajos. En el momento en que se aprobó la ley HIPAA, muchas personas temían cambiar de trabajo porque podían perder la cobertura de seguro que necesitan para su familia. Esta publicación le explicará de qué manera las protecciones bajo HIPAA hacen más fácil cambiar de empleador sin perder la cobertura de salud para las condiciones médicas de usted y los de su familia.

Alcance de la protección bajo HIPAA:

- Limita la capacidad del plan de un nuevo empleador de excluir cobertura por las condiciones preexistentes;**
- Brinda oportunidades adicionales de suscribirse en un plan de salud grupal si usted pierde otra cobertura o experimenta ciertos eventos en su vida;**
- Prohíbe la discriminación contra los empleados y sus familiares dependientes basada en cualquier factor de salud que puedan poseer, incluyendo problemas médicos previos, experiencia previa con reclamaciones e información genética; y**
- Garantiza que ciertas personas tendrán acceso a pólizas individuales de seguro de salud y podrán renovarlas.**

La ley HIPAA se complementa con las leyes estatales que, mientras sean similares a HIPAA, ofrecen protecciones más generosas. Usted debe comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros estatal para preguntar sobre la ley en el lugar donde usted vive. Un buen punto de partida es el sitio Web de la National Association of Insurance Commissioners, www.naic.org.

Antes de seguir leyendo, tome en cuenta que este folleto se enfoca únicamente en la cobertura bajo HIPAA que aplica a los planes de salud grupal del sector privado. Los empleados del gobierno, estatales y locales, deben comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (www.cms.hhs.gov), para saber si tienen protecciones similares.

Todos los términos resaltados así en el texto se explican en el Glosario.

SU PLAN DE SALUD Y LA LEY HIPAA... UTILIZANDO LA LEY A SU FAVOR no cubre completamente HIPAA; es una explicación informal de la ley y de las regulaciones federales, y no constituye una interpretación legal. Si tiene otras preguntas, consulte la sección de *Recursos* o comuníquese con la oficina regional más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés). Para obtener una lista de las oficinas visite el sitio Web de la agencia, www.dol.gov/ebsa o llame al número de teléfono 1-866-444-EBSA (3272) para que transfieran su llamada a una oficina regional.

CAPÍTULO 1

CONDICIONES PREEXISTENTES, CAMBIOS DE TRABAJO Y PROTECCIONES GENERALES

Una de las protecciones más importantes bajo HIPAA es que ayuda a aquellos que tienen condiciones preexistentes a obtener cobertura de salud. En el pasado, los planes grupales de salud de algunos empleadores limitaban, e incluso denegaban, la cobertura a un nuevo empleado si tenía dicha condición antes de inscribirse en el plan. Bajo HIPAA, eso no está permitido. Si el plan generalmente brinda cobertura, pero le deniega beneficios a usted por tener una condición antes de comenzar su cobertura, entonces aplica HIPAA.

Bajo HIPAA, a un plan se le permite retroceder solamente 6 meses en busca de cualquier condición que estuvo presente antes del inicio de la cobertura en un plan de salud grupal. Específicamente, la ley dice que se puede imponer una **exclusión por condición preexistente** a una condición solamente si *se recomendó o recibió consulta médica, diagnóstico, cuidado o tratamiento 6 meses antes de su fecha de inscripción en el plan*. Por ejemplo, quizás usted haya tenido artritis por muchos años antes de tener su trabajo actual. Si usted no tuvo consulta médica, diagnóstico, atención o tratamiento *6 meses antes* de su inscripción en el plan, la condición previa no puede estar sujeta a una exclusión por condición preexistente. Si usted sí tuvo consulta médica, diagnóstico, atención o tratamiento *6 meses antes*, el plan puede imponer una exclusión por condición preexistente por *esa condición (artritis)*.

Además, HIPAA prohíbe que los planes apliquen una exclusión por condición preexistente a embarazo, a la información genética y a algunos niños (ver página 5).

Si usted posee una condición preexistente que puede ser excluida de la cobertura de su plan, entonces existe un límite que se puede aplicar al **período de exclusión por condición preexistente**. HIPAA limita el período de exclusión por condición preexistente para la mayoría de las personas a 12 meses (18 meses si usted se inscribe tardíamente), aunque algunos planes pueden tener un período más corto o no tener período. Además, algunas personas con un historial previo de cobertura de salud pueden reducir aún más el período de exclusión usando una certificación de **cobertura acreditable**. (Lea el Capítulo 2 para obtener más información.) Recuerde, una exclusión por condición preexistente solamente está relacionada con los beneficios de sus condiciones preexistentes (y a los de su familia). Si usted se inscribe, recibirá cobertura para los otros beneficios del plan durante ese tiempo.

HIPAA añade protecciones y hace más fácil el cambiar de trabajo, sin el temor de perder la cobertura de salud para una condición preexistente, la ley tiene limitaciones. Por ejemplo, HIPAA:

- No requiere que los empleadores ofrezcan cobertura de salud;
- No garantiza que cualquier condición que usted tenga actualmente (o haya tenido) sea cobertura por el plan de salud de su nuevo empleador; y

—No prohíbe al empleador imponer un período de exclusión por condición preexistente si usted ha sido tratado por una condición en los últimos 6 meses. (Pero consulte el Capítulo 2 sobre la cobertura acreditable para reducir o eliminar la exclusión).

Preguntas típicas sobre las condiciones preexistentes y HIPAA:

P ¿Puede un plan denegar beneficios para enfermedades o lesiones crónicas, como el síndrome del túnel carpiano, la diabetes, las cardiopatías y el cáncer utilizando una exclusión por condición preexistente?

R Todo depende de si usted recibió consultoría médica, atención, diagnóstico o tratamiento 6 meses antes de inscribirse en el plan de un nuevo empleador. De ser así, usted puede estar sujeto a una exclusión por condición preexistente.

P ¿Existen enfermedades o lesiones que no pueden estar sujetas a exclusión por condición preexistente?

R Sí, como las que siguen:

—Embarazo, aún cuando la mujer no tuviera una cobertura previa antes de inscribirse en el plan de su empleador actual.

—Condiciones presentes en un recién nacido o en un niño menor de 18 años que haya sido adoptado o dado en adopción (aunque la adopción todavía no se haya finalizado), siempre que el niño sea inscripto en la cobertura de salud dentro del término de **30 días posteriores al nacimiento, la adopción o la designación de la adopción**. En adición, el niño no debe haber tenido ninguna **interrupción significativa posterior en la cobertura (definida como 63 días)**. Por ejemplo, se puede producir una **interrupción significativa si uno de los padres perdió su trabajo y la cobertura de salud para él/ella y su familia poco después del nacimiento de un hijo**. Esta interrupción se detallará en el próximo capítulo.

—Información genética. Por ejemplo, si se descubre que una mujer posee un gen que indica que tiene mayor riesgo de padecer cáncer de mama, no se le puede negar la cobertura si no existe un diagnóstico de la enfermedad.

P Acabo de cambiar de trabajo. Recibí mi último tratamiento para el síndrome de túnel carpiano hace siete meses. Mi nuevo empleador, ¿puede aplicar una exclusión por condición preexistente?

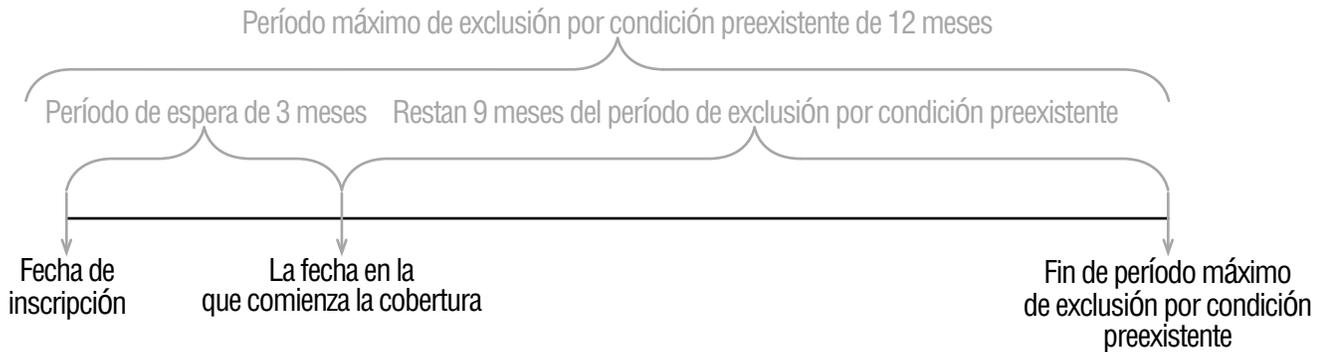
R No. Si su último tratamiento fue más de 6 meses antes de la inscripción en el plan de salud de su nuevo empleador y usted no ha tenido consulta o atención adicional relacionada con su condición de síndrome de túnel carpiano en los últimos 6 meses, su condición no puede estar sujeta a una exclusión por condición preexistente.

P Mi nuevo empleador tiene un período de espera antes de que un nuevo empleado pueda inscribirse en el plan de salud grupal. ¿Cómo se relaciona esto con un período de exclusión por condición preexistente?

R El plan de salud de un empleador puede tener un período de espera antes de que cualquier empleado y sus familiares dependientes puedan inscribirse. De ser así, el folleto del plan (llamado **resumen de la descripción del plan** (SPD, por sus siglas en inglés) lo aclarará.

Si un plan tiene un período de espera general y un período de exclusión por condición preexistente, ambos períodos deben correr simultáneamente. Por ejemplo, un empleador puede imponer un período de espera de 3 meses para todos los empleados antes de iniciar la cobertura de salud. Algunos empleados también pueden estar sujetos al período máximo de exclusión por condición preexistente de 12 meses. En este ejemplo, el período máximo de exclusión por condición preexistente restante es de 9 meses de duración, como se ilustra a continuación.

Tenga en cuenta que quizás su plan no tenga un período de exclusión por condición preexistente, así que asegúrese de conocer la póliza de su nueva empresa cuando se inscriba.



P ¿Qué pasa si no me inscribo en el plan de salud de mi empleador en la primera oportunidad?

R Si por alguna razón no se inscribió en el plan de salud de su nuevo empleador en la primera oportunidad, pero lo hizo más tarde, usted es un **afiliado tardío**. Por ejemplo, supongamos que un empleado deniega la cobertura del plan de salud de su empleador cuando comenzó en su nuevo trabajo. Este empleado decide inscribirse 2 años más tarde durante un período de inscripción abierta. En el momento en que el empleado desea inscribirse, no existe una oportunidad de **inscripción especial** (el derecho a inscribirse, independientemente de las fechas normales de inscripción, refiérase al Capítulo 4 para ver cuándo surge este derecho). Cuando el empleado elige la cobertura, él es un afiliado tardío.

Ser un afiliado tardío no causará que usted pierda las protecciones bajo HIPAA. Sin embargo, una consecuencia inmediata es que el período máximo de exclusión por condición preexistente es de 18 meses, en lugar de 12 meses para aquellos que se inscriben en la primera oportunidad.

P ¿Todos los familiares, incluyendo a los cónyuges, están cubiertos por HIPAA?

R Si su plan de salud grupal permite la cobertura de miembros de la familia ("dependientes") y si ellos participan en el plan, entonces tendrán las mismas protecciones bajo HIPAA que los empleados, que se describieron anteriormente.

P ¿Existen protecciones contra discriminación en los precios si yo tengo una condición preexistente?

R Sí. Las protecciones contra la discriminación se detallan en el Capítulo 5.

DATOS ÚTILES

—Aunque su plan aplique exclusión por una condición preexistente, usted está cubierto para los demás beneficios del plan, siempre y cuando se inscriba.

—Si usted tiene un bebé o adopta a un niño, inscriba al niño en la cobertura de salud *dentro de los 30 días posteriores*.

—Recuerde, un nuevo plan de salud puede retroceder 6 meses cuando está revisando las condiciones preexistentes, y el tiempo máximo que puede tener un período de exclusión por condición preexistente generalmente es de 12 meses (18 meses para afiliados tardíos).

—Si usted tiene una condición preexistente, intente evitar una interrupción en la cobertura significativa de 63 días. Quizás exista la posibilidad de reducir la cantidad de tiempo de exclusión por condición preexistente en el plan de un nuevo empleador. (Lea el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo reducir una exclusión por condición preexistente con cobertura acreditable.)

CAPÍTULO 2

UTILIZANDO LA COBERTURA DE SALUD ANTERIOR PARA REDUCIR LA DURACIÓN DE CUALQUIER PERÍODO DE EXCLUSIÓN POR CONDICIÓN PREEXISTENTE

Si usted cambia de trabajo o comienza una nueva cobertura de salud y usted o un familiar dependiente tiene una condición preexistente, en el Capítulo 1 se detalla cómo HIPAA limita el período máximo de **exclusión por condición preexistente** a 12 meses (18 meses si usted es un afiliado tardío).

Este capítulo cubre cómo un individuo puede reducir o eliminar este **período de exclusión por condición preexistente** máximo si puede mostrar una **cobertura acreditable**.

—La mayoría de las coberturas de salud pueden ser usadas como cobertura acreditable, incluyendo la participación en un plan de salud grupal, continuidad de cobertura bajo COBRA, Medicare y Medicaid, así como también cobertura a través de una póliza individual de seguro de salud.

—Sin embargo, usted debe tratar de evitar una **interrupción significativa en la cobertura (63 días)** si usted quiere contar su cobertura previa. Si tiene una **interrupción menor de 63 días**, la cobertura que usted poseía antes de la interrupción es acreditable y puede ser usada para compensar un período de exclusión por condición preexistente.

—Los días transcurridos en un **período de espera para comenzar la cobertura** no se pueden usar como crédito. Pero tampoco se cuentan para la **interrupción significativa (63 días)** que usted está intentando evitar.

Preguntas típicas sobre cobertura acreditable:

P ¿Existe algún límite al período de tiempo que puedo pasar sin cobertura entre trabajos si quiero reducir la duración de una exclusión por condición preexistente?

R Sí. La interrupción de cobertura entre un período de cobertura de salud y otro no puede ser mayor a 63 días (un poco más de 2 meses). Si usted está sin trabajo y no tiene cobertura de salud por 63 días o más, puede perder la capacidad de usar la cobertura que tenía antes de la interrupción para compensar una exclusión por condición preexistente en un nuevo plan de salud.

P Comencé a trabajar para un nuevo empleador 45 días después de que finalizó mi plan anterior de salud grupal. Tuve cobertura continua en el plan de mi empleador anterior por 24 meses y no tuve otra cobertura entre los dos trabajos. ¿Se me puede imponer un período de exclusión por condición preexistente?

R No si usted se inscribe en cuanto es elegible. Esos 45 días no cuentan como interrupción significativa de la cobertura. Además, dado que usted posee más de 12 meses de cobertura continua en un plan de salud anterior; esto puede ser usado para compensar o eliminar el período de exclusión por condición preexistente bajo un nuevo plan.

P Tengo una condición preexistente. Comencé a trabajar en mi puesto actual después de 100 días desde la fecha en que renuncié a mi trabajo anterior. Tuve cobertura continua en el plan de salud de mi empleador anterior por 36 meses, pero no tuve cobertura entre los dos trabajos. ¿Se me puede excluir de la cobertura?

R Es posible. Recuerde que bajo HIPAA, la cobertura de salud antes de una interrupción significativa no puede ser usada para compensar un período de exclusión por condición preexistente. Sin embargo, las leyes estatales donde reside pueden ser más generosas si usted tiene cobertura con un **plan asegurado**. Si su estado amplió la interrupción significativa de 63 a 120 días, por ejemplo, usted puede usar su cobertura anterior del trabajo previo como cobertura acreditable. Consulte el **resumen de la descripción del plan (SPD)** para ver si su plan está asegurado. De ser así, consulte a la oficina del comisionado de seguros estatal en www.naic.org para ver qué disponen las leyes estatales donde reside.

P ¿Cómo puedo calcular la duración de una exclusión por condición preexistente en el plan de salud de un nuevo empleador?

R Supongamos que un empleado tuvo cobertura durante 2 años, seguida por una interrupción de 70 días. Luego el empleado retomó la cobertura por 8 meses antes de pasar a un nuevo trabajo, sin tiempo de inactividad entre los trabajos. Se inscribe en el plan de salud del nuevo trabajo lo antes posible.

Una exclusión por condición preexistente puede durar un máximo de 12 meses, si la persona se inscribe apenas es elegible. Este empleado tiene 8 meses de cobertura acreditable. Sus 2 años de cobertura de salud anteriores no son acreditables porque tuvo una interrupción de cobertura superior a los 63 días permitidos bajo la ley. Su exclusión por condición preexistente durará 4 meses después de que se acredite en el plan de salud del empleador.

Si el mismo empleado tuvo una interrupción de cobertura de solamente 60 días, la historia sería diferente. Dado que esto no constituiría una interrupción significativa, él podría usar los 2 años de cobertura anteriores para compensar completamente el período de exclusión por condición preexistente.

P ¿Cómo puedo evitar una interrupción significativa en la cobertura de salud de 63 días?

R Existen diversas maneras:

—Si un cónyuge tiene cobertura en un plan de salud que permite que se incluyan a los familiares, es recomendable inscribirse. (Para detalles sobre inscripción especial, consulte el Capítulo 4.)

—Si su última cobertura fue en un plan de salud grupal, quizás desee inscribirse para la cobertura de continuación bajo COBRA. Mientras usted (y sus familiares, si estaban incluidos en su plan de salud grupal anterior) paguen por esta cobertura temporera, COBRA puede prevenir o reducir una interrupción en la cobertura. (Obtenga más información sobre COBRA en el Capítulo 6.)

—Usted puede comprar una póliza de seguro de salud individual si piensa que de otra manera tendría una interrupción de 63 días o más.

—Algunos estados tienen grupos de personas de alto riesgo que de otra manera no pueden obtener beneficios de salud. La oficina del comisionado de seguro estatal le puede decir si existe un grupo de esta índole en donde usted vive.

P ¿Puedo hacer algo si tengo una condición preexistente y el crédito que recibí de mi último plan de salud no cubre el período de exclusión por condición preexistente de mi nuevo empleador?

R Sí. Puede considerar:

- Elegir cobertura bajo COBRA del plan de su empleador anterior;
- Comprar una póliza de seguro individual; o
- Consultar otro plan para el que sea elegible, como el plan del cónyuge, para ver si puede inscribirse.

P ¿Cómo compruebo mi cobertura acreditable?

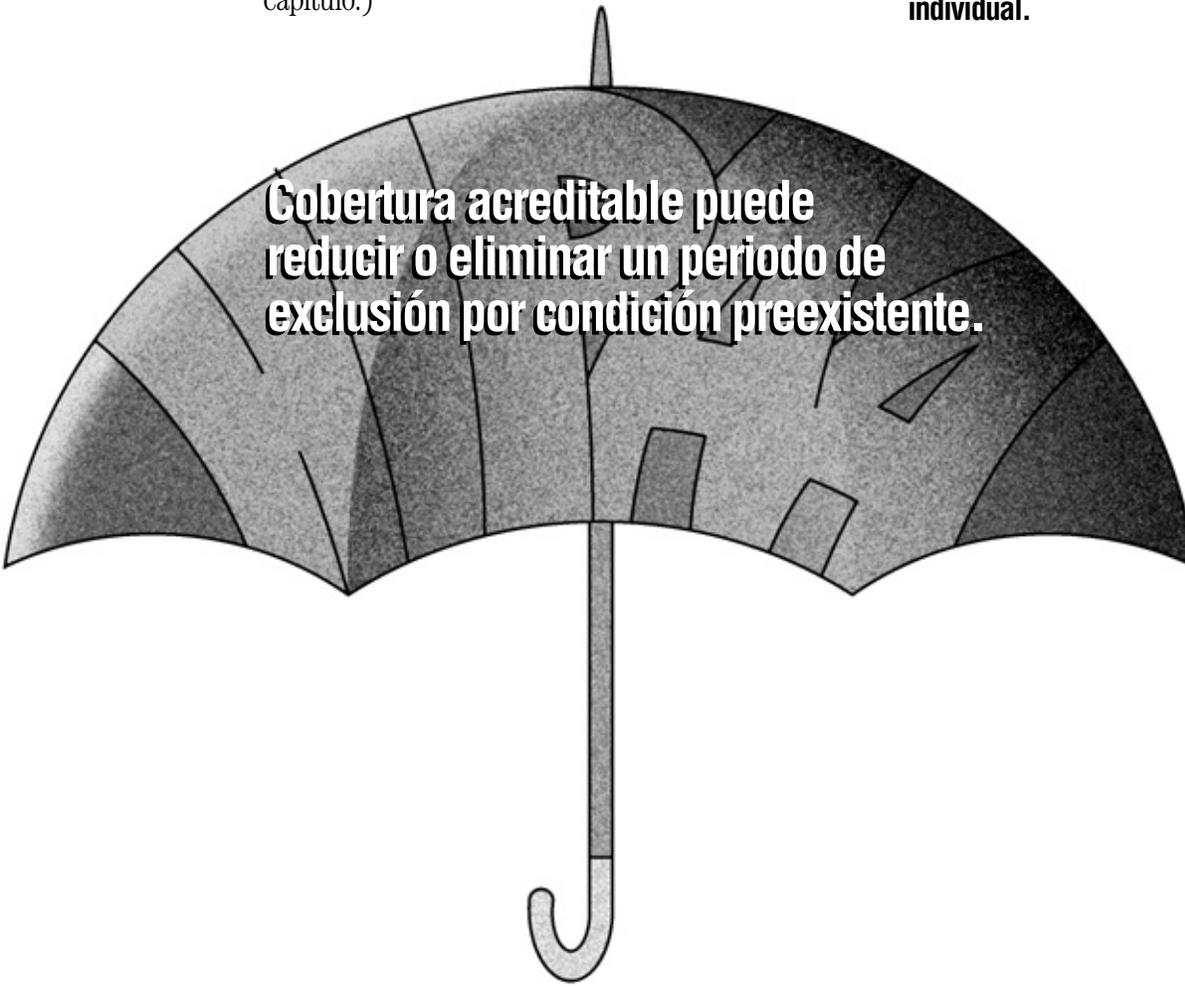
R Generalmente la información es dada en un certificado de cobertura acreditable. (Obtenga más información sobre el certificado en el próximo capítulo.)

DATOS ÚTILES

—HIPAA permite interrupciones breves cuando usted está contando los periodos de cobertura anterior para acumular cobertura acreditable. Por ejemplo, usted tiene una interrupción de cobertura de 30 días, seguida de más cobertura, y después de otra interrupción de 30 días. Ambos periodos de cobertura de salud pueden ser contados cuando usted suma el tiempo pasado en planes de salud anteriores.

Siempre y cuando ninguna interrupción sea superior a los 63 días, usted no tendrá una interrupción significativa. Puede seguir contando la cobertura anterior para acumular 12 meses (o 18 para los afiliados tardíos) de cobertura total.

—Intente evitar una interrupción significativa en la cobertura. Considere recurrir al plan del cónyuge, la cobertura de continuación bajo COBRA o una póliza individual.



Cobertura acreditable puede reducir o eliminar un periodo de exclusión por condición preexistente.

CAPÍTULO 3

OBTENIENDO Y UTILIZANDO UN CERTIFICADO PARA MOSTRAR COBERTURA DE PLAN DE SALUD ANTERIOR

Su plan de salud grupal, HMO o la compañía aseguradora de salud deben entregarle un **certificado de cobertura acreditable**, el documento que muestra sus períodos anteriores de cobertura en el plan de salud:

—**Antes de perder su cobertura actual:** Si usted sabe que va a dejar su trabajo, puede solicitar un certificado de cobertura acreditable, libre de cargo.

—**Después de que la cobertura finaliza:** Usted debe recibir automáticamente un certificado de cobertura acreditable cuando pierde la cobertura, aunque también sea elegible para **continuación de cobertura** bajo COBRA. Si no recibe un certificado, o si necesita uno nuevo, puede solicitarlo, gratuitamente, hasta por 24 meses después de que la cobertura anterior finaliza.

—**Cuando la cobertura bajo COBRA finaliza:** Usted debe recibir también un certificado automáticamente cuando la continuación de cobertura bajo COBRA finaliza.

Otra persona puede solicitar un certificado de cobertura acreditable por usted con su autorización.

Preguntas típicas sobre los certificados de cobertura acreditable:

P ¿Qué información tendrá el certificado?

R Además de la información estándar de identificación, el certificado incluirá las fechas en que la cobertura de su plan de salud anterior comenzó y finalizó. El certificado también debe tener información de contacto para que los planes anteriores y nuevos puedan mantenerse en contacto, de ser necesario. Por último, debe incluir información sobre sus derechos bajo HIPAA.

P ¿Qué período debe cubrir un certificado?

R La cantidad de tiempo depende de si usted recibe el certificado automáticamente o a solicitud.

—El certificado automático debe reflejar al menos el período más reciente de cobertura continua.

—El certificado emitido por su pedido o el de un dependiente debe reflejar como mínimo cada período de cobertura acreditable en los 24 meses anteriores. El certificado no tiene que reflejar más de 18 meses de cobertura continua de salud (el período de exclusión por condición preexistente máximo) sin una interrupción significativa.

P ¿Cuándo mi empleador debe entregar el certificado?

R—Si usted es elegible para COBRA, el certificado debe entregarse no más tarde de su aviso de elección para cobertura bajo COBRA (generalmente 44 días después de un evento calificativo).

—Para todos los demás certificados automáticos, generalmente usted debe recibirlo dentro de un período razonable después de que finaliza la cobertura.

—El plan debe proveer el certificado solicitado lo antes posible.

Además, tenga en cuenta que los planes de salud deben emitir el certificado, aunque no excluyan cobertura por condiciones preexistentes. Si bien un empleado puede que no necesite el certificado en su trabajo actual, puede llegar a necesitarlo para el plan de un empleador futuro que tenga exclusión por condición preexistente.

P ¿Qué pasos debo tomar si no recibí un certificado o lo perdí? ¿Cómo puedo demostrar que tuve cobertura previa?

R Si su nuevo plan impone exclusión por condición preexistente, el procesamiento de sus reclamaciones será más fácil si no se demora. Existe una manera alterna de demostrar que usted tuvo cobertura acreditable: puede presentar evidencia de su cobertura de salud anterior a su nuevo plan de salud. La evidencia puede incluir:

—Talones de pago que reflejan una deducción por primas de cobertura de salud;

—Copias de pagos de primas u otros documentos que evidencien la cobertura;

—Formularios de explicación de beneficios; y

—Verificación de un médico o su plan de salud anterior.

Además de entregar los documentos anteriores, se le puede solicitar que testifique el período de cobertura acreditable y coopere con los esfuerzos razonables del nuevo plan de verificar la cobertura acreditable.

Usted debe comunicarse con el administrador del plan anterior para solicitar un certificado para su expediente. La información de contacto del administrador generalmente está incluida en el folleto del plan que usted recibió cuando se inscribió en la cobertura de salud.

P ¿Se requiere que los planes de salud emitan certificados de cobertura acreditable a los dependientes?

R Sí. Un plan debe hacer todos los esfuerzos razonables para obtener la información sobre los dependientes y luego emitir certificados a los dependientes, si están cubiertos. Sin embargo, si un empleado y un dependiente tienen la misma cobertura, se puede emitir un solo certificado para ambas personas.

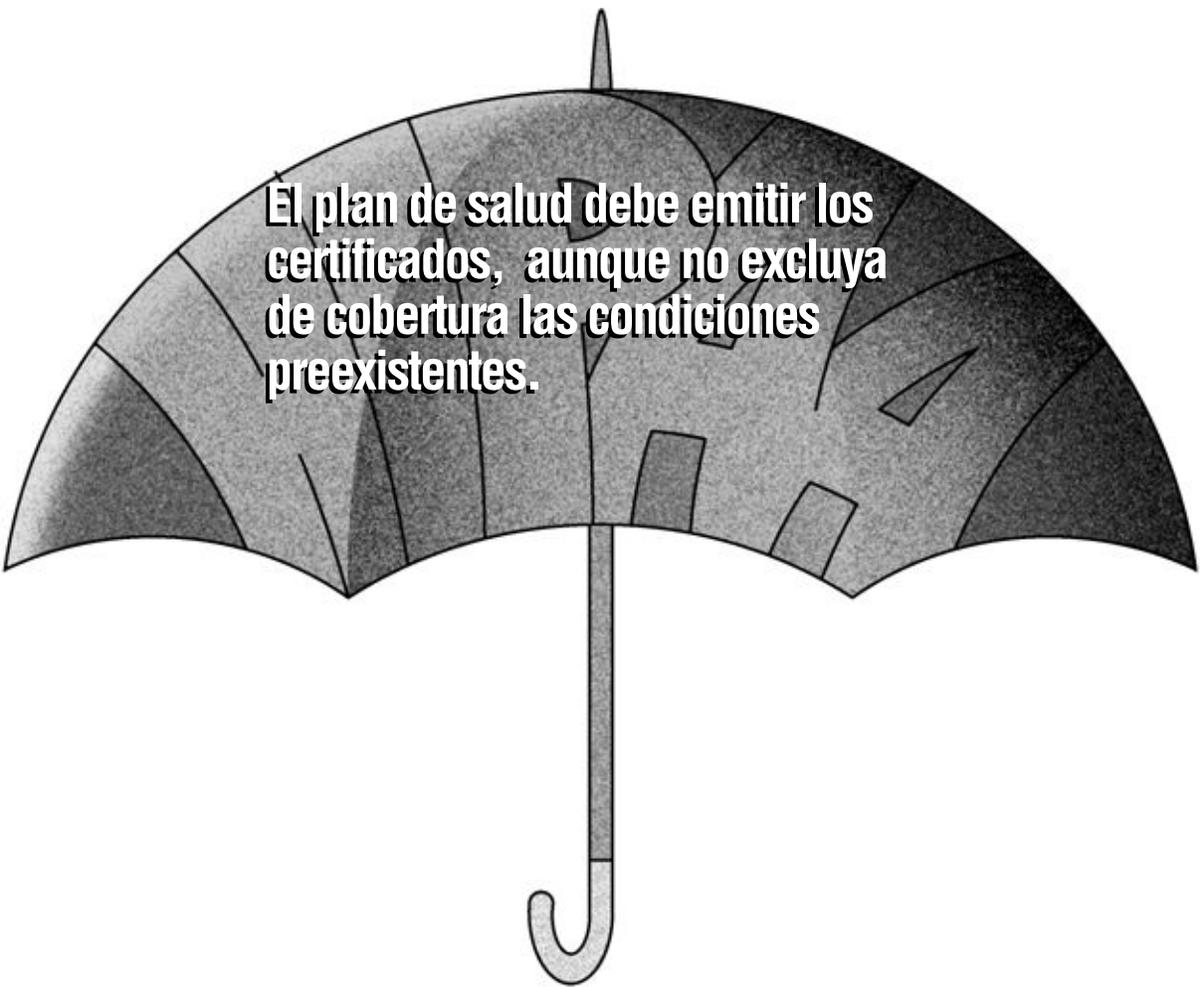
P ¿Cuáles son los pasos a seguir después de obtener mi certificado?

R Primero, verifique que los datos sean exactos. ¿Refleja la cantidad de tiempo que usted tuvo la cobertura anterior? ¿Incluye la información de contacto del emisor en caso de que su plan actual y el anterior necesiten comunicarse? ¿Sus datos personales están correctos? Segundo, entréguelo a su nuevo empleador (después de hacer una copia para usted) o archívelo en un lugar seguro.

DATOS ÚTILES

—Si usted pierde su certificado o no puede obtener uno, asegúrese de tener otros documentos, como talones de pago o copias de pagos de primas, que demuestren que tuvo cobertura.

—Al dejar un trabajo, es posible que usted reciba diversos documentos de su empleador o plan de salud anterior. Busque el certificado de cobertura acreditable (puede estar identificado como “certificado de cobertura de plan de salud grupal”) y archívelo con sus demás papeles importantes.



El plan de salud debe emitir los certificados, aunque no excluya de cobertura las condiciones preexistentes.

CAPÍTULO 4

APROVECHANDO LAS OPORTUNIDADES DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

La inscripción especial permite inscribirse en el plan a las personas que denegaron anteriormente la cobertura de salud. Los derechos de inscripción especial surgen sin importar el período de inscripción abierta del plan.

Existen dos tipos de inscripción especial: al perder la elegibilidad para otra cobertura y por determinados eventos de la vida. Bajo el primer tipo, los empleados y dependientes que deniegan la cobertura por tener otra cobertura de salud y luego pierden la elegibilidad o las contribuciones del empleador, tienen derechos de inscripción especial. Por ejemplo, una empleada deniega los beneficios de salud para ella y su familia porque la familia ya posee cobertura a través del plan de su cónyuge. Cesa la cobertura bajo el plan del cónyuge. Esa empleada puede solicitar la inscripción en el plan de su empleador para ella y sus dependientes.

Bajo el segundo tipo, se permite que los empleados, cónyuges y nuevos dependientes tengan una inscripción especial por casamiento, nacimiento, adopción o designación de adopción.

En ambos tipos de inscripción especial, el empleado debe solicitar la inscripción dentro del término de 30 días desde la fecha de pérdida de cobertura o al ocurrir el evento de vida que genera el derecho a la inscripción especial.

Un derecho de inscripción especial también surge para empleados y sus dependientes que pierdan la cobertura bajo el Children's Health Insurance Program (CHIP) o Medicaid o aquellos que reúnan los requisitos para recibir asistencia con las primas bajo esos programas. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura o la determinación de la elegibilidad para la asistencia con las primas.

Preguntas típicas sobre inscripción especial:

P ¿Cuáles son algunos ejemplos de los eventos que pueden generar la pérdida de elegibilidad para la cobertura?

R La pérdida de elegibilidad para la cobertura puede ocurrir cuando:

- Un divorcio o separación legal hace que usted pierda la cobertura en el seguro de salud de su cónyuge;
- Un dependiente joven, por razón de edad, trabajo o estatus estudiantil, ya no es un "dependiente" cubierto bajo el plan de los padres;
- El fallecimiento de su cónyuge lo/a deja sin cobertura bajo el plan;
- Su cónyuge se queda sin trabajo y finaliza la cobertura bajo el plan de salud de su empleador;

—Su empleador reduce sus horas de trabajo hasta el punto en que usted ya no está cubierto por el plan de salud;

—Su plan decide que ya no ofrecerá cobertura a un determinado grupo de personas (por ejemplo, aquellos que trabajan a tiempo parcial);

—Usted ya no vive o trabaja en el área de servicio del HMO;

—Usted tiene una reclamación de salud que llega o excede el límite de por vida en todos los beneficios.

Esto debería darle una mejor idea de los tipos de situaciones que le pueden dar derecho a una inscripción especial.

P ¿Cuánto tiempo tengo para solicitar la inscripción especial?

R Depende de lo que provoque su derecho a la inscripción especial. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción *dentro de los 30 días posteriores* a perder la elegibilidad para la cobertura o después de un matrimonio, nacimiento, adopción o designación de adopción.

El empleado o el dependiente debe solicitar la inscripción *dentro de 60 días* de la pérdida de la cobertura bajo un programa CHIP estatal o de Medicaid o la determinación de cumplimiento de elegibilidad para la asistencia de primas bajo esos programas.

P Después de solicitar la inscripción especial, ¿cuánto tendré que esperar para iniciar la cobertura?

R Depende de qué genere su derecho a la inscripción especial. Aquellos que aprovechan la inscripción especial como resultado de un nacimiento, una adopción o una designación de adopción comienzan la cobertura el mismo día del evento.

Para la inscripción especial por matrimonio o pérdida de elegibilidad para otra cobertura, su nueva cobertura comenzará el primer día del primer mes siguiente al momento en que el plan recibe la solicitud de inscripción. Si el plan recibe la solicitud el 3 de enero, por ejemplo, la cobertura comenzaría el 1 de febrero.

P ¿Qué pasa si un afiliado especial tiene una condición preexistente?

R No se puede aplicar una **exclusión por condición preexistente** a un afiliado especial por más de 12 meses. Al igual que quienes se inscribieron con el plan en la primera oportunidad, un afiliado especial puede demostrar **cobertura acreditable** y reducir o eliminar el **período de exclusión por condición preexistente** máximo.

Un recién nacido, un niño adoptado o un niño puesto en adopción no puede tener una exclusión por condición preexistente, siempre que el niño sea inscrito en la cobertura de salud dentro de los 30 días posteriores al suceso, sin una **interrupción significativa** en la cobertura.

P ¿Dónde puedo obtener más información sobre inscripción especial en mi plan?

R Una descripción de derechos a inscripción especial debe incluirse en los materiales del plan que usted recibió cuando se le ofreció inicialmente la oportunidad de inscribirse.

P ¿Qué cobertura obtendré cuando aproveche una oportunidad de inscripción especial?

R A los afiliados especiales se les deben ofrecer los mismos beneficios que corresponden si usted se hubiese inscrito en la primera oportunidad. No se puede solicitar a los afiliados especiales que paguen más prima por la misma cobertura ni se les puede imponer períodos más prolongados de exclusión por condición preexistente.

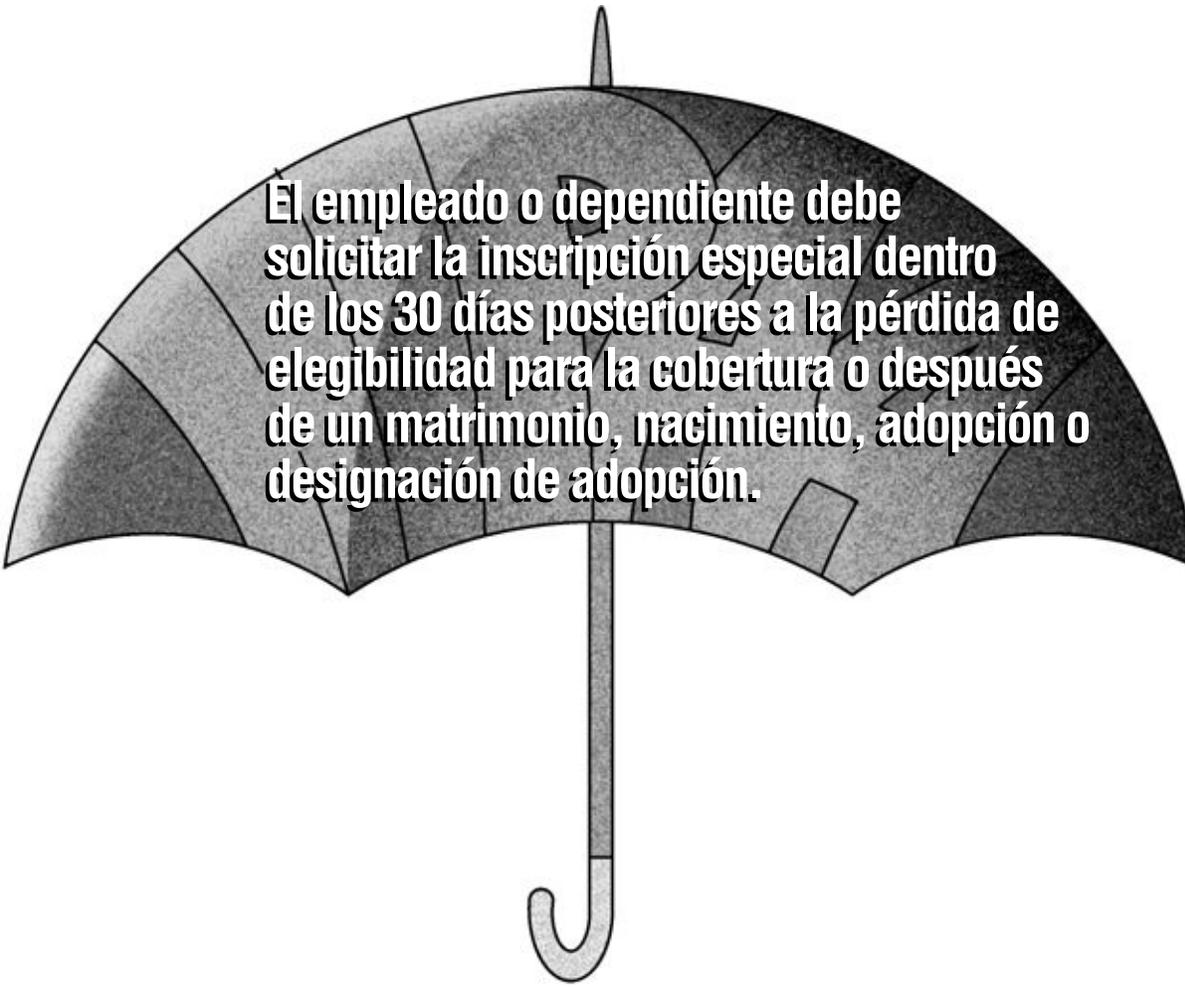
P ¿Cómo sabré si reúno los requisitos para asistencia de primas del plan de salud grupal bajo CHIP o Medicaid?

R Usted debe comunicarse con el programa estatal de CHIP o Medicaid para saber si su estado ofrece subsidios de primas para los planes de salud grupales y para determinar si usted es elegible para el subsidio bajo estos programas. Para obtener información sobre el programa en su estado, llame al 1-877-KIDS NOW (543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov en Internet. Si usted es elegible para la asistencia con primas, debe comunicarse con el administrador de su plan o su empleador para aprovechar la oportunidad de la inscripción especial e inscribirse en el plan de salud grupal.

DATOS ÚTILES

—Familiarícese con los eventos que pueden provocar un derecho de inscripción especial; usted debe solicitar la cobertura y actuar inmediatamente.

—Asegúrese de solicitar la inscripción dentro de 30 días desde la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación de un menor para adopción o cualquier evento que resulte en la pérdida de elegibilidad de una cobertura de salud, o dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura de un programa estatal de CHIP o Medicaid o una determinación de elegibilidad para asistencia con primas bajo esos programas.



El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de elegibilidad para la cobertura o después de un matrimonio, nacimiento, adopción o designación de adopción.

CAPÍTULO 5

PROTECCIONES DE HIPAA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

Los capítulos anteriores explican cómo usar las protecciones de HIPAA para las condiciones preexistentes y la inscripción especial estando al tanto de sus requisitos y límites de tiempo. Cuanto más sepa, mejor preparado estará usted. Lo mismo aplica a HIPAA y la discriminación en la cobertura de salud: cuanto más sepa sobre las maneras en que HIPAA prohíbe la discriminación, mejor.

Bajo HIPAA, cuando usted y los miembros de su familia se inscriben en un plan de salud, no se les puede denegar la elegibilidad o los beneficios basándose en determinados “factores de salud”. Además, no se le puede cobrar más prima basándose en factores de salud que a las **personas con situaciones similares** (ver página 17). Las preguntas y respuestas que aparecen a continuación definen los factores de salud y ofrecen algunos ejemplos de lo que está permitido bajo la ley y lo que no lo está.

Preguntas frecuentes sobre discriminación en el cuidado de salud:

P ¿Cuáles son los factores de salud bajo HIPAA?

R Los factores de salud son:

- Estado de salud;
- Condiciones médicas, incluyendo las enfermedades físicas y mentales;
- Experiencia de reclamaciones;
- Recibo de cuidado de salud
- Historial médico;
- Información genética;
- Evidencia de asegurabilidad (ver abajo); e
- Incapacidad.

Las condiciones que surgen de actos de violencia doméstica así como la participación en actividades como el motociclismo, moto-nieve o vehículo todo terreno, equitación y esquiar se consideran “evidencia de asegurabilidad”. Por lo tanto, un plan no puede usarlos para denegarle la inscripción o cobrarle más por la cobertura. (Sin embargo, las exclusiones de beneficios conocidas como “exclusiones por fuente de lesiones” pueden afectar sus beneficios. Estas exclusiones se explican de manera más detalladas en este capítulo.)

P Un plan de salud grupal, ¿puede exigirme que apruebe un examen físico antes de declararme elegible para la inscripción?

R No. Usted no tiene que *aprobar* un examen físico para ser elegible para la inscripción. Esto aplica a las personas que se inscriben cuando son elegibles, así como a los afiliados tardíos y afiliados especiales.

P Mi plan, ¿puede exigirme que me haga un examen físico o complete un cuestionario de salud para inscribirme?

R Sí, siempre y cuando no use la información de salud individual para restringir la inscripción o cobrarle más.

P Mi plan de salud grupal me exigió que complete un cuestionario detallado sobre historial médico y luego me restó “puntos de salud” por condiciones médicas previas o actuales. Para inscribirse en el plan, los empleados tienen que tener un puntaje mínimo de 70 de 100 puntos. Yo saqué 50 puntos y se me denegó la oportunidad de inscribirme. El plan, ¿tiene derecho a hacerlo?

R No. En este caso, el plan usó información de salud para excluirlo de la inscripción en el plan. Esta práctica es discriminatoria y está prohibida.

P El folleto de mi plan de salud grupal dice que si un dependiente está confinado en un hospital u otra facilidad médica en el momento en que es elegible para inscribirse en el plan, la elegibilidad de esa persona se pospone hasta la fecha en que es dada de alta. ¿Eso está permitido?

R No. Los planes de salud grupales no pueden retrasar la elegibilidad, los beneficios o la fecha de vigencia de la cobertura a una persona basándose en el confinamiento en un hospital o establecimiento médico en el momento en que se hace elegible. Además, los planes de salud no pueden incrementar la prima de la persona porque estuvo en un hospital o facilidad médica.

P Mi plan de salud grupal tiene un período de espera de 90 días antes de permitir que los empleados se inscriban. Si una persona está en la oficina en el día 91, la cobertura de salud comienza en ese momento. Sin embargo, si una persona no está "trabajando activamente" ese día, el plan establece que la cobertura se retrasa hasta el primer día en que esa persona esté activamente trabajando. Estaba ausente del trabajo el día 91 por enfermedad. ¿Puedo ser excluido de la cobertura?

R No. Los planes de salud grupal generalmente no pueden denegar beneficios porque alguien no está “trabajando activamente” el día en que de otro modo pasaría a ser elegible.

Sin embargo, los planes pueden exigir a los empleados que comiencen a trabajar antes de que entre en vigencia la cobertura del plan de salud. Los planes también pueden requerir que una persona trabaje a tiempo completo (digamos, 250 horas por trimestre o 30 horas por semana) para ser elegible para recibir cobertura.

P Mi plan de salud grupal impone un período de exclusión por condición preexistente de 12 meses. Pero después de los primeros 6 meses, se hace una exención de este período a personas que no han tenido ninguna reclamación desde su inscripción. Esta práctica, ¿está permitida?

R No. Un plan de salud grupal puede imponer un período de exclusión por condición preexistente, pero debe ser aplicado uniformemente. En este caso, el plan no está aplicando sus disposiciones uniformemente, ya que está tratando diferente a aquellos que tuvieron reclamaciones médicas durante los primeros 6 meses de cobertura.

P ¿Cómo usted determina quiénes son las “personas con situaciones similares”?

R HIPAA establece que los planes pueden distinguir sobre los empleados que se distinguen sobre otros empleados solamente en “clasificaciones genuinas basadas en el empleo” consistentes con las prácticas de negocios usuales del empleador. Por ejemplo, empleados a tiempo parcial o a tiempo completo, empleados que trabajan en diferentes ubicaciones geográficas y empleados con diferentes fechas de contratación o duración de servicio pueden ser tratados como grupos diferentes de personas con situaciones similares.

Un plan puede hacer una distinción entre los empleados y sus dependientes. Los planes también pueden hacer distinciones entre los mismos beneficiarios si la distinción no se basa en un factor de salud. Por ejemplo, un plan puede distinguir entre cónyuges e hijos dependientes, o entre hijos dependientes basándose en su edad o situación estudiantil.

P Mi plan de salud tiene un límite de por vida de \$500,000 dólares en todos los beneficios cubiertos en el plan. Además, existe un límite de por vida de \$2,000 dólares en todos los beneficios brindados para una de mis condiciones médicas. ¿Está permitido que un plan establezca este tipo de restricciones?

R Sí. Un plan de salud grupal puede establecer límites de por vida a modo general o para una enfermedad o un tratamiento determinados: siempre que los límites se apliquen uniformemente a personas con situaciones similares y no estén dirigidos a empleados o dependientes específicos basándose en factores de salud que puedan tener.

P Tengo un historial de reclamaciones altas. ¿Se me puede cobrar más que a otras personas en el plan basándose en mi experiencia con reclamaciones?

R No. Los planes de salud grupal no pueden cobrar más a una persona por la cobertura que a una persona en una situación similar basándose en cualquier factor de salud.

Sin embargo, tenga en cuenta que HIPAA sí permite que una aseguradora cobre una tarifa mayor a un plan de salud grupal (o empleador) que a otro. Cuando una aseguradora establece sus tarifas, puede asegurar a todas las personas cubiertas en un plan específico según su estado de salud colectivo. El resultado puede ser que el plan de salud de un empleador cuyos afiliados tengan factores más adversos de salud pueda facturársele una prima superior que a otro plan de salud que tenga la misma cobertura.

Piénselo de esta manera: Las protecciones de HIPAA contra la discriminación aplican dentro de un grupo de personas con situaciones similares, no entre grupos diferentes de personas con situaciones similares. Por ejemplo, un empleador hace distinción entre los empleados a tiempo parcial y empleados a tiempo completo. Puede cobrarles más por la cobertura a los empleados a tiempo parcial, pero todos los empleados a tiempo completo deben pagar la misma tarifa, sin importar su estado de salud.

Además, tenga en cuenta que, para los **planes asegurados**, la ley estatal puede requerir el uso de otros métodos para establecer las tarifas de la cobertura de salud. Más información está disponible en www.naic.org.

P Soy un apasionado de esquiar. El plan de mi empleador, ¿me puede excluir de la inscripción porque esquío?

R No. Participar en actividades como el esquiar requiere “evidencia de asegurabilidad”, porque es un factor de salud. Por lo tanto, no puede ser usado para denegar la elegibilidad.

P Mi plan de salud, ¿puede denegar beneficios por una lesión por la forma en que se produjo?

R Puede ser. Un plan puede denegar beneficios según la fuente de la lesión, salvo que la lesión sea resultado de una condición médica o de un acto de violencia doméstica.

Por lo tanto, un plan no puede excluir cobertura por heridas auto-infligidas, incluyendo aquellas que resultan del intento de suicidio, si están cubiertas por el plan en cualquier otra situación como resultado de una condición médica (como es la depresión).

Sin embargo, un plan puede excluir cobertura por lesiones que no son resultado de una condición médica o de violencia doméstica. Por ejemplo, los planes generalmente pueden excluir cobertura por lesiones relacionadas con actividades como salto de “bungee”. Si bien es posible que la persona que realiza esta actividad (saltador de “bungee”) tenga que pagar el tratamiento de esas lesiones, su plan no la puede excluir de la cobertura para los demás beneficios del plan.

P Mi plan de salud grupal dice que los dependientes generalmente son elegibles para cobertura solamente hasta el día que cumplen 25 años de edad. Sin embargo, esta restricción de edad no aplica a los dependientes discapacitados, que parecen estar cubiertos después de los 25 años. ¿HIPAA permite una política que favorece a los dependientes discapacitados?

R Sí. Un plan puede tratar a una persona con un factor de salud adverso (como una discapacidad) de manera más favorable ofreciendo una cobertura prolongada. NOTA: La Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) amplía las disposiciones de no discriminación de HIPAA mencionadas arriba, al prohibir, en general, el

uso de información genética para realizar el ajuste de primas o aportes grupales, la recopilación de información genética y las solicitudes a individuos de que se realicen pruebas genéticas. GINA se efectúa para los planes que su año contrato sea a partir del 21 de mayo de 2009 y para los planes que utilizan el año calendario la fecha es a partir del 1 de enero de 2010.

DATO ÚTIL:

—Llame gratis a EBSA al 1-866-444-EBSA (3272) o contáctenos electrónicamente en www.askebsa.dol.gov si usted cree que es objeto de discriminación debido a un factor de salud, o para hacer preguntas sobre la ley GINA.

HIPAA y los programas de bienestar

Cada vez más empleadores están implementando programas de bienestar que exhortan a los empleados a ejercitarse, dejar de fumar y adoptar estilos de vida más sanos a nivel general. HIPAA exhorta a los planes de salud grupal a adoptar programas de bienestar, pero también incluye protecciones para los empleados y dependientes contra la discriminación no permisible basados en un factor de salud. Las preguntas y respuestas que aparecen a continuación brindan orientación sobre los programas de bienestar.

P Pertenezco a un plan de salud grupal que recompensa a las personas que se ofrecen de voluntarios para someterse a exámenes de detección temprana de problemas de salud, como el colesterol alto. ¿Los planes tienen permitido hacer esto?

R Sí, siempre y cuando el plan de salud ofrezca la recompensa basándose en la participación en el programa y no en los resultados de los exámenes. Por ejemplo, un plan de salud puede ofrecer un descuento en la prima a quienes se hacen voluntariamente los

análisis de colesterol. El descuento estaría disponible a todas aquellas personas que se hagan el análisis, no solo a aquellas que obtengan un resultado determinado.

P Puede un plan cobrar primas más bajas a los no fumadores que a los fumadores?

R Para los programas de bienestar donde el plan ofrece una recompensa basada en la habilidad de una persona para cumplir con un estándar relacionado a un factor de salud (como un estándar relacionado con el tabaquismo/la adicción a la nicotina), las normas requieren que:

—**La recompensa, como un diferencial en la prima, generalmente no debe superar el 20 por ciento del costo de la cobertura del empleado solo bajo el plan. Si el programa permite la participación de los dependientes del empleado (como cónyuges o hijos), la recompensa no debe superar el 20 por ciento del costo de la cobertura en la que están inscritos el empleado y sus dependientes;**

—**El programa debe ser diseñado para fomentar la buena salud y prevenir las enfermedades;**

—**Las personas deben tener la oportunidad de calificar para el descuento de prima para los no fumadores al menos una vez por año;**

—**El programa también debe adaptarse a quienes les resulta excesivamente difícil dejar de consumir tabaco (por ejemplo, debido a una adicción a la nicotina) ofreciendo un estándar alternativo razonable (como un descuento a cambio de asistir a clases educativas o por probar el uso de un parche de nicotina); y**

—**Los materiales del plan que describen el programa de bienestar deben informar sobre la disponibilidad de una alternativa estándar razonable para calificar para la prima inferior.**

Las reglas del programa de bienestar generalmente son efectivas para los años plan comenzando en o después del 1 de julio de 2007. Comuníquese con EBSA al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o electrónicamente a www.askebsa.dol.gov para más información.

CAPÍTULO 6

MÁS COBERTURA BAJO LA PROTECCIÓN DE HIPAA

Flexibilidad en las leyes estatales

Las leyes estatales pueden complementar la ley HIPAA permitiendo más protecciones que la ley federal. Sin embargo, estas leyes estatales solamente se aplican si su plan brinda beneficios a través de una aseguradora o un HMO (un plan asegurado). Para determinar si su plan es asegurado, consulte su resumen de la descripción del plan (SPD) o comuníquese con el administrador de su plan.

La lista que aparece a continuación resume las áreas en las que las leyes federales pueden complementar las disposiciones de condición preexistente e inscripción especial de HIPAA:

- Los estados pueden reducir la cantidad de meses que un plan puede retroceder para determinar una condición preexistente. Por ejemplo, una ley estatal puede tener un período de retroactividad de 3 meses en lugar de los 6 meses que provee la ley federal. El período de retroactividad comienza el día que usted se inscribe en un plan.
- Los estados pueden disminuir el número de meses que un empleado nuevo o un dependiente pueda estar sujeto a un período de exclusión por condición preexistente. Por ejemplo, las leyes estatales pueden limitar el período de exclusión a 6 meses en lugar de 12. También pueden reducir el máximo de 18 meses para el período de exclusión para los afiliados tardíos.
- Los estados pueden incrementar el número de días que constituyen una interrupción significativa en la cobertura. Por ejemplo, en lugar de 63 días, un estado puede permitir que alguien tenga una interrupción de 120 días entre los períodos de cobertura de salud.
- Los estados pueden incrementar el número de días (30 días bajo la ley federal) que los padres tienen para inscribir a los recién nacidos, los niños adoptados y los niños dados en adopción sin que se excluya una condición preexistente.
- Bajo la ley federal, algunas condiciones preexistentes no pueden ser excluidas de la cobertura (embarazo; recién nacidos, niños adoptados y niños dados en adopción en los primeros 30 días; e información genética en la ausencia de un diagnóstico). Los estados pueden añadir excepciones a la lista. Por ejemplo, un estado puede añadir cáncer, de manera tal que los planes no puedan excluirlo de la cobertura, aunque usted haya recibido tratamiento durante los 6 meses anteriores a inscribirse en el nuevo plan.
- Los estados pueden requerir circunstancias adicionales que le dan derecho a períodos de inscripción especial adicionales a los de la ley federal.
- Los estados pueden reducir el período de afiliación previo a la inscripción en un HMO (algo similar al período de espera de un plan de salud grupal) a 2 meses menos (3 meses para afiliados tardíos).

En otras áreas de HIPAA, como las protecciones contra la discriminación, las leyes estatales también pueden complementar las protecciones de HIPAA si la cobertura se hace a través de un plan asegurado. Revise su SPD para ver si su plan está asegurado y visite la oficina del comisionado de

seguros estatal o el sitio Web de la National Association of Insurance Commissioners en www.naic.org (haga clic en su estado) para obtener más información.

Uso de COBRA para extender su cobertura de salud

COBRA es una ley que lo puede ayudar si usted pierde el trabajo o si le reducen las horas hasta el punto en que su empleador ya no le brinda cobertura de salud. COBRA puede ofrecer una extensión temporera de su cobertura de salud: siempre y cuando usted y sus familiares, si son elegibles, hayan pertenecido al plan de salud del empleador anterior y generalmente el empleador haya tenido 20 o más empleados. Habitualmente, usted paga todo el costo de la cobertura

(tanto su parte como la del empleador, más un gasto administrativo del 2 por ciento). Siempre y cuando el plan anterior exista, la cobertura bajo COBRA dura hasta 18 meses para la mayoría de las personas, aunque puede continuar hasta 36 meses en algunos casos.

Existen diversas maneras de usar COBRA en unión a HIPAA:

—La cobertura bajo COBRA lo puede ayudar a evitar una interrupción significativa entre periodos de cobertura de plan de salud. Por ejemplo, si usted calcula que tendrá una interrupción de 6 meses entre un trabajo y el otro y entre planes de salud, puede adquirir cobertura bajo COBRA durante ese período.

—La cobertura bajo COBRA puede contar como cobertura acreditable: siempre y cuando no exista una interrupción significativa después de que finalice su cobertura bajo COBRA. La cobertura acreditable se puede usar para compensar cualquier período de exclusión por condición preexistente que puedan tener usted o un familiar.

—La continuidad de cobertura bajo COBRA puede ser usada como un puente para asegurarse de seguir cubierto durante un período de espera o un período de exclusión por condición preexistente.

—Si usted tiene COBRA y luego pasa a estar cubierto bajo otro plan de salud grupal que no está sujeto a un período de exclusión por condición preexistente, puede cancelar su cobertura bajo COBRA.

—Una vez que usted ya no sea elegible para cobertura bajo COBRA, tendrá una oportunidad de inscripción especial para cualquier otra cobertura que usted sea elegible. Sin embargo, si usted interrumpe voluntariamente la cobertura bajo COBRA o deja de pagar sus primas de COBRA, eso no generaría un derecho de inscripción especial basado en la pérdida de elegibilidad para la cobertura.

DATOS ÚTILES

—Su plan bajo COBRA y otras coberturas de salud disponibles pueden ser diferentes en cuanto a su costo, rango de beneficios y nivel de cobertura.

—COBRA puede ser usada en vez de, o además de, su nueva cobertura de salud si usted es sujeto a un



Las leyes estatales pueden permitir más protecciones que bajo la ley federal HIPAA.

período de exclusión por condición preexistente. Al decidir si elegir COBRA, analice la duración de su período de exclusión por condición preexistente, si es probable que necesite tratamiento para su condición preexistente durante ese período, y los costos y beneficios de la cobertura bajo COBRA.

—Elegir cobertura bajo COBRA es una decisión individual. Teniendo en cuenta esta información, usted puede tomar la decisión que sea mejor para su salud y la de su familia.

Cambiando de una cobertura de salud grupal a una póliza de seguro individual

HIPAA también protege a quienes de otra forma no pueden obtener un seguro de salud grupal.



La cobertura bajo COBRA lo puede ayudar a evitar una interrupción significativa entre los periodos de cobertura del plan de salud.

La ley garantiza el acceso a pólizas de seguro individual y grupal de personas de alto riesgo estatales para las personas elegibles. Estas personas deben cumplir con todos los siguientes criterios:

—Haber tenido cobertura por lo menos hasta 18 meses, recientemente en un plan de salud grupal, sin una interrupción significativa;

—Haber perdido la cobertura grupal, pero no por fraude o falta de pago de primas;

—No ser elegibles para cobertura bajo COBRA; o si la cobertura bajo COBRA fue ofrecida bajo ley federal o estatal, elegida y finalizada; y

—No ser elegibles para cobertura bajo otro plan de salud grupal, Medicare o Medicaid; ni tener ninguna otra cobertura de seguro de salud.

La oportunidad de comprar una póliza individual es la misma ya sea que la persona renuncie a su trabajo, sea despedida o sea cesanteada.

También existe cobertura de salud disponible a través de Medicaid y CHIP, las cuales proveen cobertura a individuos y a sus familias cuando sufren disminuciones importantes en sus ingresos. Para obtener más información sobre cómo Medicaid y CHIP pueden ayudar a alcanzar los derechos de inscripción especiales, vea el Capítulo 4.

DATO ÚTIL

—Pregunte a la oficina del comisionado de seguro estatal sobre los grupos de personas de alto riesgo y las pólizas de seguro individuales. Busque la oficina en el sitio Web de la NAIC (www.naic.org) o en su directorio telefónico.

RECURSOS

Obtenga más información sobre HIPAA, COBRA y otras leyes relacionadas con la atención médica. Las publicaciones y sitios Web que aparecen a continuación le serán de gran utilidad.

Las siguientes publicaciones están disponibles en la línea gratuita de solicitud de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado 1-866-444-EBSA (3272) -- o en Internet en www.dol.gov/ebsa (haga clic en "Publications/Reports" para ver material en inglés o "Publicaciones en español"):

Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA: La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria

Cobertura de jubilación y atención de salud... Preguntas y respuestas para los trabajadores desplazados

Sus derechos después de una mastectomía... Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

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

Los cambios de vida requieren tomar decisiones médicas: Conozca sus opciones de beneficios

Los cambios de condición laboral requieren hacer elecciones médicas: Proteja sus derechos

Protections for Newborns, Adopted Children, and New Parents: The Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996

Otros sitios Web y publicaciones sobre HIPAA

Protecting Your Health Insurance Coverage – Vea esta publicación de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, en www.medicare.gov (ingrese el nombre de la publicación en el espacio libre dado para búsquedas).

Your Health Information Privacy Rights – Vea esta hoja informativa en el sitio Web de HIPAA del Departamento de Salud y Servicios Humanos (www.hhs.gov/ocr/hipaa), o reciba una copia llamando a la línea gratuita 1-866-627-7748.

National Association of Insurance Commissioners – Visite el sitio Web en www.naic.org y luego haga clic en "States and Jurisdiction Map" para encontrar la oficina del comisionado de seguro estatal de su zona.

HIPAA: Protecting Your Right to Health Insurance – Puede ver esta publicación patrocinada por la AARP en www.aarp.org/health/insurance.

A Consumer Guide for Getting and Keeping Health Insurance – Visite el sitio Web del Health Policy Institute de la Universidad de Georgetown en www.healthinsuranceinfo.net, luego seleccione su estado para obtener información sobre su ley HIPAA.

Otros sitios Web sobre la salud de los consumidores:

Los siguientes sitios Web ofrecen información sobre temas relacionados con la salud, el control de calidad en la atención médica y la salud de la mujer. Haga clic en cada sitio y luego seleccione un tema de su interés.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

www.hhs.gov

Agency for Healthcare Research and Quality

www.ahrq.gov/consumer

Healthfinder

(Office of Disease Prevention and Health Promotion)

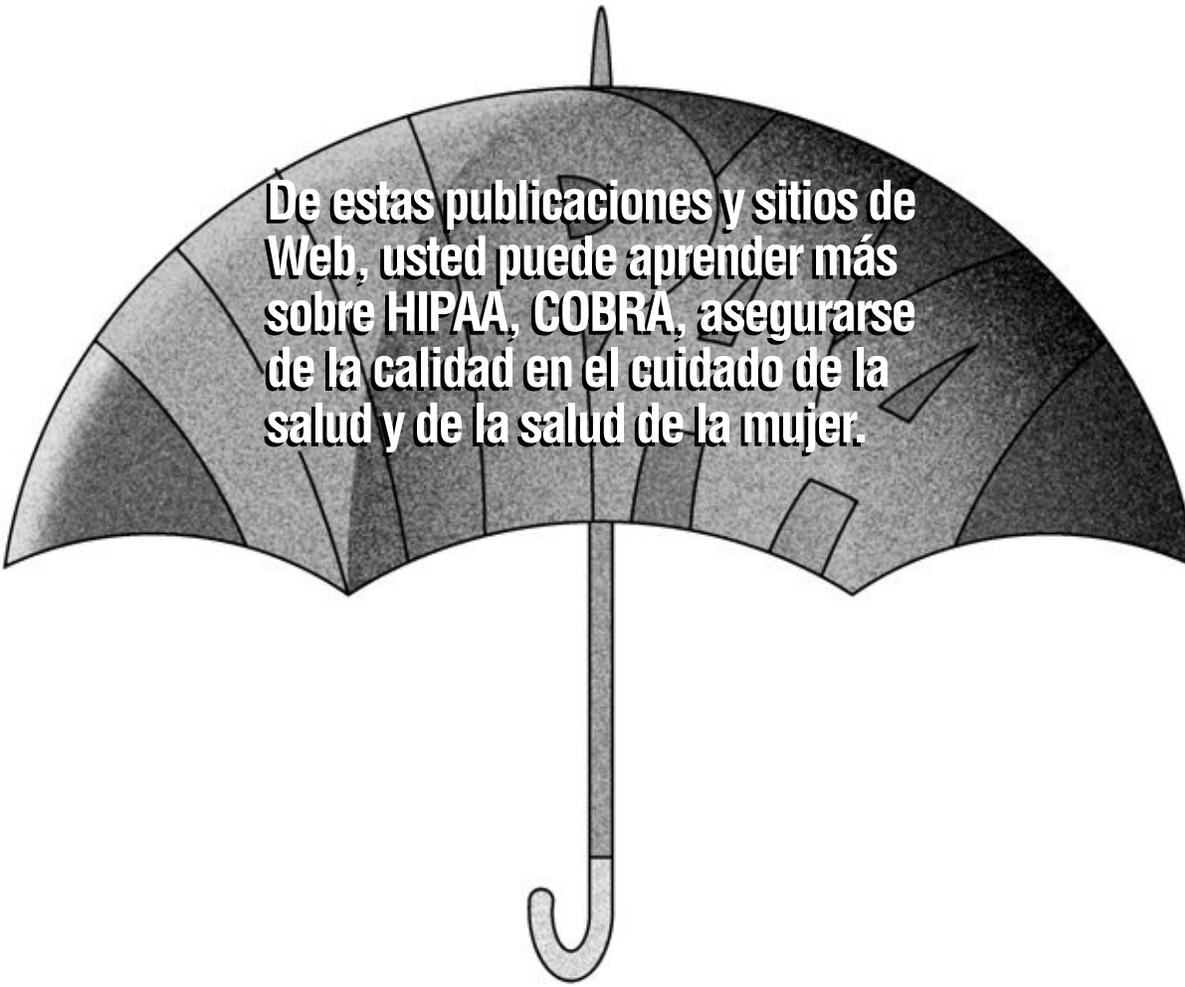
www.healthfinder.gov

Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer

www.4women.gov

Leapfrog Group

www.leapfroggroup.org



De estas publicaciones y sitios de Web, usted puede aprender más sobre HIPAA, COBRA, asegurarse de la calidad en el cuidado de la salud y de la salud de la mujer.

GLOSARIO

Certificado de cobertura acreditable:

Un documento preparado por un plan de salud grupal, HMO o aseguradora que muestra períodos anteriores de **cobertura acreditable**, usados para reducir o eliminar la duración de un **período de exclusión por condición preexistente**.

COBRA:

Una abreviatura en inglés para la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, una ley que establece una extensión temporera de la cobertura del plan de salud de un plan de salud grupal anterior.

Cobertura acreditable:

Un período anterior de cobertura de salud, que puede ser usado para compensar la duración de un **período de exclusión por condición preexistente**. Esto incluye cobertura bajo un plan de salud grupal, COBRA, Medicare y Medicaid, o una HMO o póliza de seguro de salud individual.

Fecha de inscripción:

El primer día de cobertura o el primer día del **período de espera** (si corresponde).

Plan asegurado:

Un plan que brinda beneficios a través de una aseguradora o HMO. Consulte el **resumen de la descripción del plan (SPD)** para ver si su plan está asegurado.

Afilado tardío:

Una persona que se inscribe en el plan después del momento en que es elegible por primera vez o de una oportunidad de **inscripción especial**.

Exclusión por condición preexistente:

Una limitación o exclusión de beneficios relacionada con una condición porque esa condición existía antes de la fecha de vigencia de su cobertura de salud.

Período de exclusión por condición preexistente:

La cantidad de tiempo que usted es excluido de la cobertura de beneficios por una condición preexistente (el máximo es 12 meses, o 18 meses para afiliados tardíos).

Plan auto-asegurado:

Un plan de salud grupal en que el empleador asume el riesgo de pagar los beneficios. Una aseguradora puede brindar servicios administrativos a un plan auto-asegurado, como la administración de reclamaciones, pero no asume ningún riesgo de desembolsar dinero para pagar reclamaciones de beneficios.

Interrupción significativa:

Una interrupción en la cobertura de salud de 63 días o mayor.

Personas con situaciones similares:

Distinciones permitidas que los planes hacen entre personas, como grupos de empleados, si están basadas en clasificaciones genuinas basadas en el empleo de acuerdo con las prácticas de negocios habituales del empleador. Por ejemplo, los empleados a tiempo parcial y a tiempo completo pueden ser tratados como grupos diferentes de personas con situaciones similares. Además, un plan puede realizar una distinción entre los empleados y sus dependientes. Los planes también pueden realizar distinciones entre los

mismos dependientes si la distinción no se basa en un factor de salud. Por ejemplo, un plan puede distinguir entre cónyuges e hijos dependientes, o entre hijos dependientes basándose en su edad o situación estudiantil.

Inscripción especial:

Una oportunidad para que determinadas personas se inscriban en un plan de salud grupal, sin importar las fechas habituales de inscripción del plan. Estas oportunidades se producen cuando usted pierde elegibilidad para otra cobertura o experimenta determinados sucesos de la vida (matrimonio, nacimiento, adopción o designación de adopción).

Resumen de la descripción del plan (SPD):

Un documento que describe los beneficios de su plan, generalmente entregado cuando usted se inscribe en el plan.

Período de espera:

El tiempo que debe pasar antes de que la cobertura pueda entrar en vigencia bajo los términos de un plan de salud grupal.



Las protecciones de HIPAA hacen más fácil cambiar de empleador sin perder la cobertura para las condiciones médicas.



Departamento del Trabajo de los EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

