Los cambios de vida requieren tomar decisiones médicas.

Conozca sus opciones de beneficios.

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Conocer sus opciones de beneficios significa conocer los aspectos básicos de la ley de atención médica para poder protegerse y proteger a sus dependientes. También significa averiguar ahora los pasos comunes que usted puede tomar para asegurarse que tendrá el nivel de cobertura médica que necesitará durante cada etapa de su vida.

Matrimonio

Lo que tiene que saber: Obtenga todos los detalles acerca del plan médico de su cónyuge, y asegúrese de entender cómo funciona. Debe saber cuando tiene que pagar copagos o deducibles que tendrá que pagar y lo que pagará en primas. De acuerdo a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), puede tener el derecho de añadirse usted mismo, y añadir a un cónyuge, y sus recién nacidos o hijos adoptados al plan de su empleador o al plan del empleador de su cónyuge durante un período de inscripción especial.

Lo que tiene que hacer: Para calificar durante el período de inscripción especial, usted le tiene que avisar a la persona responsable de su plan y solicitar la inscripción especial para todas las personas que van a inscribirse durante los siguientes 30 días de haberse casado. Su plan puede requerir que el aviso se haga por escrito y, en cualquier caso, esa es la manera más segura de proceder. Si su cónyuge tiene cobertura médica disponible, compare los beneficios médicos, los costos, y las opciones de ambos planes, y luego decida cuál de los dos funciona mejor para usted.

Embarazos, nacimientos y adopciones

Lo que tiene que saber: HIPAA establece límites de la duración del período de exclusión por condiciones preexistentes. Además, los planes de atención médica no pueden considerar el embarazo como una condición preexistente, aun si la mujer no tenía cobertura previa.

El nacimiento y la adopción (incluso la colocación para adopción) pueden ocasionar un período de inscripción especial durante el cual usted, su cónyuge, y los nuevos dependientes pueden inscribirse en el plan de su empleador. Además, los recién nacidos y los niños adoptados no están sujetos a exclusiones por condiciones preexistentes si se inscriben dentro de los siguientes 30 días del nacimiento o la adopción.

Bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres, los planes que proporcionan beneficios por maternidad o a los recién nacidos generalmente tienen que proporcionar cobertura para que las madres y los recién nacidos puedan permanecer en

el hospital al menos 48 horas después de un parto vaginal, ó 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que, después de consultar con la madre, el médico u otro proveedor a cargo les dé de alta más pronto.

Lo que tiene que hacer: Tiene que dar aviso a su plan y solicitar una inscripción especial dentro de los siguientes 30 días del nacimiento, la adopción, o la colocación para adopción de su hijo. La inscripción del niño(a) se considerará haber ocurrido en la fecha del nacimiento, la adopción, o la colocación para adopción. Puede ser que su plan requiera el aviso por escrito. Averigüe si su plan cubre la atención de bebés saludables. Si no es así, puede que usted tenga que contar con dinero extra de su presupuesto para pagar las vacunas y las citas que el bebé necesitará durante sus primeros meses de vida.

Cuando un hijo(a) ya no cuenta como dependiente

Lo que tiene que saber: Una vez que su hijo supere la edad para tener derecho a su plan de salud, puede ser elegible para comprar una prolongación temporal de cobertura médica por hasta 36 meses bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés). Generalmente, COBRA cubre los planes médicos de grupos que mantienen los empleadores que tienen 20 empleados o más.

Lo que tiene que hacer: Una vez que un hijo(a) cubierto ya no califique como dependiente, avise a su empleador por escrito durante los primeros 60 días. Por su lado, su plan debe avisarle a su hijo(a) de su derecho de extender los beneficios de atención médica a través de COBRA. Su hijo(a) tendrá 60 días a partir de la fecha en que se envió el aviso para elegir la cobertura de COBRA. Esta cobertura costará más, dado que el empleador no pagará la misma porción, pero normalmente cuesta menos que la cobertura individual.

Muerte, separación legal, y divorcio

Lo que tiene que saber: Cuando un empleado que tiene cobertura bajo un plan médico patrocinado por un empleador fallece, se separa legalmente, o se divorcia, el cónyuge y los hijos dependientes cubiertos pueden elegir comprar cobertura extendida

temporal médica por 36 meses. Costará más, dado que el empleador no pagará la misma porción, pero normalmente cuesta menos que la cobertura que podrían obtener por su cuenta. Si el cónyuge que pierde la cobertura bajo el plan tiene un plan médico disponible mediante su empleador, dicho cónyuge y los dependientes son elegibles para obtener cobertura mediante una inscripción especial. Si el empleado cubierto fallece, o en el caso de una separación legal o un divorcio, el plan debe avisar al cónyuge y a los hijos dependientes cubiertos de su(s) derecho(s) de comprar cobertura de atención médica extendida temporal mediante COBRA. La mayoría de los planes requieren que las personas elegibles tomen la decisión de cobertura mediante COBRA dentro de los siguientes 60 días después de recibir la notificación del plan.

Lo que tiene que hacer: Si el empleado cubierto por el plan de atención médica fallece, el empleador tiene que avisar al plan durante los primeros 30 días. Si ocurre un divorcio, o una separación legal, el empleado cubierto, su cónyuge, o sus hijos dependientes tienen que dar aviso por escrito al plan durante los primeros 60 días. En el caso de la muerte del empleado cubierto, su divorcio, o su separación legal, el plan debe avisar al cónyuge y a los hijos dependientes elegibles que perderían la cobertura bajo el plan de su derecho de comprar cobertura de atención extendida temporal médica. La mayoría de los planes requieren que las personas elegibles tomen la decisión de cobertura mediante COBRA dentro de 60 días después de recibir la notificación del plan.

Si el cónyuge que perdió la cobertura bajo el plan tiene un plan médico disponible a través de su empleador, el cónyuge y los hijos dependientes pueden elegir una inscripción especial bajo ese plan. Para calificar, el cónyuge tiene que dar aviso al plan y solicitar la inscripción especial durante los 30 días siguientes a la pérdida de la cobertura.

Nota: La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) agrega protecciones importantes asociadas a los planes de salud grupales laborales que mejorarán la cobertura médica para usted y su familia. Muchas de estas protecciones están disponibles ahora, incluyendo la ampliación de la cobertura de dependientes hasta los 26 años de edad, la prohibición de exclusiones de condiciones preexistentes para menores de 19 años y la prohibición de límites de por vida en la cobertura de beneficios de salud esenciales. Habrá protecciones adicionales

disponibles en el 2014. Esta publicación no refleja las disposiciones de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio. Para obtener más información, visite el portal de la ACA de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en **www.dol.gov/ebsa.healthreform**.

Para obtener más información

La Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo administra varias leyes importantes acerca de sus derechos e información sobre los beneficios médicos—cómo funciona su plan médico, cómo usted califica para los beneficios, y cómo reclamar los beneficios. Además, existen leyes específicas que protegen su(s) derecho(s) a los beneficios médicos cuando usted pierde la cobertura o cambia de empleo. EBSA también supervisa las leyes sobre condiciones médicas especiales.

Para ver los siguientes folletos, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en **www.dol.gov/ebsa**. Para solicitar copias, o para solicitar la ayuda de un consejero de beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a **www.askebsa.dol.gov** o llame a nuestro número gratuito 1-866-444-3272.

- *Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA*
- *Su plan de salud y la ley HIPAA…Utilizando la ley a su favor*
- *Cómo presentar una reclamación para sus beneficios de salud o incapacidad*
- *Cobertura de jubilación y atención de salud…Preguntas y respuestas para trabajadores desplazados*
- *Las 10 mejores maneras de hacer que sus beneficios de salud funcionen para usted*
- *Los cambios de condición laboral requieren hacer elecciones médicas…Proteja sus derechos*

Si aún tiene preguntas, llame a uno de nuestros asesores de beneficios al número arriba o visite **www.askebsa.dol.gov**. También puede visitar al sitio web de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, Departamento de Salud y Servicios Humanos en **www.cms.gov**. O comuníquese con su oficina estatal del director de seguros.

Febrero 2013