DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Información de los Consumidores y Supervisión de Seguros
200 Independence Avenue SW
Washington, DC 20201

Conozca sobre…

Los nuevos tipos de protección al consumidor bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

La eliminación de los límites en dólares para sus beneficios

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe que los planes de salud impongan "límites de por vida" y elimina progresivamente los "límites anuales" sobre sus beneficios.

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

¿De qué manera la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio cambia los límites de mi plan de salud sobre mis beneficios?

Antes de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, muchos planes de salud establecían un límite anual en dólares para sus gastos en sus beneficios cubiertos. Muchos planes también establecían un límite en dólares de por vida para lo que gastarían en sus beneficios cubiertos durante todo el tiempo que usted estuviese inscrito en ese plan. A usted se le exigía pagar el costo de todos los cuidados que excedían esos límites.

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe a los planes de salud la imposición de un límite de por vida en dólares sobre la mayoría de beneficios que usted recibe. La Ley también restringe y retira paulatinamente los límites "anuales" de dinero que un plan de salud puede aplicar sobre la mayoría de sus beneficios, y suprime estos límites por completo en 2014.

La 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.

¿Estos tipos de protección se aplican a mi plan?

La prohibición de límites de por vida se aplica a todos los planes de salud grupales basados en el empleador y a todas las pólizas de seguro individuales que usted o su familia haya adquirido directamente de un asegurador.

La eliminación progresiva de los límites anuales se aplica a todos los planes de salud grupales basados en el empleador y a todas las pólizas de seguro individuales, **excepto** las pólizas de seguro médico individuales que haya adquirido hasta el 23 de marzo de 2010. Éstas se conocen como pólizas de seguro médico individuales "de derecho adquirido."

¿Cuándo se implementarán estos tipos de protección?

Si estos tipos de protección de límites en dólares se aplican a su plan o póliza, los mismos entrarán en vigencia tan pronto como comience un nuevo "año de plan" o "año de póliza" a partir del 23 de septiembre de 2010.

Un **año de plan** es un período de 12 meses de cobertura de beneficios, el cual puede no corresponder al año calendario. Este período se denomina **año de póliza** para las pólizas de seguro médico individuales. Para averiguar cuándo comienza su año de plan o póliza, puede revisar los documentos de su plan o póliza o ponerse en contacto con su empleador o asegurador. Por ejemplo: si su plan tiene un año de plan calendario, las nuevas regulaciones se aplicarían a su cobertura a partir del 1 de enero de 2011.

¿De qué manera la nueva ley elimina progresivamente los límites en dólares?

La nueva ley elimina progresivamente los límites en dólares para todos los planes, salvo en el caso de las pólizas de seguro médico individuales "de derecho adquirido" (ver más arriba), para asegurar que las personas puedan mantener la cobertura que tienen si así lo desean, especificando que ningún plan puede establecer un límite en dólares anual sobre la mayoría de los beneficios inferiores a:

- **$750,000**-para un año de plan o año de póliza que comience el 23 de septiembre de 2010 o después, pero antes del 23 de septiembre de 2011.

- **$1.25 millones**-millones para un año de plan o año de póliza que comience el 23 de septiembre de 2011 o después, pero antes del 23 de septiembre de 2012.

- **$2 millones**-para años de plan o años de póliza que comiencen el 23 de septiembre de 2012 o después, pero antes del 1 de enero de 2014.

No se permiten límites en dólares sobre la mayoría de los beneficios cubiertos en un año de plan o año de póliza que comience el 1 de enero de 2014 o después de esa fecha.

Algunos detalles importantes:

- Tenga en cuenta que su plan o póliza puede establecer un límite en dólares anual y un límite en dólares de por vida para los gastos de beneficios de salud que no sean "beneficios de salud esenciales" según los define la ley. (Los beneficios de salud esenciales incluyen, entre otros, visitas al consultorio del médico, hospitalizaciones y medicamentos recetados).

- Algunos planes o pólizas pueden ser elegibles para una exención de las regulaciones relacionadas con los límites en dólares anuales restringidos en el caso que el cumplimiento del límite signifique una importante disminución en la cobertura de sus beneficios o un aumento significativo en sus primas. Puede encontrar una lista de los planes que pueden acceder a dichas exenciones en http://www.hhs.gov/ociio/regulations/patient/appapps.html (en inglés).

Si su plan o póliza aún le impone límites de por vida o si desea obtener más información, comuníquese con:

El Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (para planes de salud grupales basados en el empleador)
Teléfono (línea gratuita): 1- 866-444-3272
Sitio web:
http://www.dol.gov/ebsa/healthreform

o

Su regulador de seguro estatal (para pólizas de seguro de salud individuales)
Comuníquese con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) al: 1-816-783-8300
o visite su sitio web para obtener una lista de los reguladores estatales:
http://www.naic.org/state_web_map.htm

¿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 su plan o pólizas de salud hasta los 26 años.
- Exigen que los planes ofrezcan ciertos servicios de prevención importantes a los afiliados, sin cargo adicional.
- 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.