

Información adicional sobre los derechos de portabilidad de la ley HIPAA

Exclusiones de condiciones preexistentes. Algunos planes de seguro de salud grupales tienen restricciones de cobertura de condiciones médicas que el individuo ya tenía antes de inscribirse al plan. Esas restricciones se conocen como "exclusiones de condiciones preexistentes". Las exclusiones de condiciones preexistentes solamente se pueden aplicar a condiciones para las cuales el individuo recibió o se le recomendó que recibiera consejos médicos, diagnóstico, atención médica o tratamiento en los seis meses anteriores a la " fecha de inscripción". Su fecha de inscripción es el primer día de cobertura del plan o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera (generalmente su primer día de trabajo). Además, la exclusión de condiciones preexistentes no puede durar más de 12 meses después de la fecha de inscripción (18 meses si se inscribió tarde). Finalmente, la exclusión de condiciones preexistentes no se aplica al embarazo y no se puede aplicar a un niño que haya sido escrito en el plan en los primeros 30 días después de su nacimiento, adopción o colocación para adopción. (Nota: existen limitaciones sobre las exclusiones de condiciones preexistentes que los planes pueden imponer y dichas exclusiones se prohibieron a partir del 2010 para los niños, y a partir del 2014 para los adultos, en virtud de la Ley del Cuidado de Salud Asequible.)

Si un plan impone exclusiones de condiciones preexistentes, la duración de la exclusión se debe reducir una cantidad de tiempo equivalente a la cantidad de cobertura acreditable anterior. La mayoría de las coberturas de seguro de salud son cobertura acreditable, incluidos los planes grupales, la continuación de cobertura COBRA, cobertura de una póliza de seguro de salud individual, Medicare, Medicaid, programas de seguro médico estatal para niños (SCHIP) y cobertura mediante grupos de alto riesgo y el Peace Corps. No todos los tipos de cobertura acreditable tienen que proporcionar certificados como este. Si no recibe un certificado de cobertura anterior, hable con el administrador de su plan nuevo.

Puede sumar todas las coberturas acreditables que tiene, incluida la cobertura mostrada en este certificado. Sin embargo, si en algún momento pasó más de 63 días sin cobertura (interrupción de cobertura), el plan no tiene que contar la cobertura que tenía antes de dicha interrupción.

Por lo tanto, en cuanto cese su cobertura, debe tratar de obtener cobertura alternativa lo antes posible para evitar una interrupción de cobertura de más de 63 días. Puede utilizar este certificado como comprobante de su cobertura acreditable para reducir el tiempo que durará el periodo de exclusión de condiciones preexistentes si se inscribe en otro plan.

Derecho a inscripción especial en otro plan. En virtud de la ley HIPAA, si pierde su cobertura de salud grupal, es posible que pueda inscribirse en otro plan de salud grupal para el cual califique (por ejemplo, el plan de su cónyuge), aunque el plan generalmente no acepte inscripción tardía, si solicita la inscripción antes de transcurridos 30 días. (Existen otras situaciones con derecho a inscripción especial, por ejemplo, matrimonio, nacimiento, adopción y colocación para adopción.)

Por lo tanto, cuando se suspenda su cobertura, si califica para tener cobertura en otro plan (por ejemplo, en el plan de su cónyuge), debe solicitar la inscripción especial lo más pronto posible.

Prohibición de discriminación por factores de salud. En virtud de la ley HIPAA, un plan de seguro grupal no puede excluirlo (o excluir a sus dependientes) por motivos de su salud. Además, el plan de seguro grupal no puede cobrarle (o cobrarles a sus dependientes) más para la cobertura por motivos de salud, que lo que les cobra a otros individuos en situaciones similares.

El derecho a cobertura de salud individual. En virtud de la ley HIPAA, si usted es un "individuo que califica", tiene derecho a comprar ciertas pólizas de seguro de salud individual (o en algunos estados, comprar cobertura a través de un grupo de alto riesgo) sin exclusiones de condiciones preexistentes, pero consulte la información más adelante sobre el nuevo Mercado de Seguros de Salud que entrará en vigor el 1 de enero de 2014. Los requisitos para ser un individuo que califica son los siguientes:

- Ha tenido cobertura durante los últimos 18 meses sin interrupción de cobertura de 63 o más días;
- Su cobertura más reciente fue en un plan de salud grupal (que se puede demostrar por medio de este certificado);
- Su cobertura grupal no cesó debido a fraude o por no pagar las primas;
- No califica para continuar la cobertura de COBRA o ya agotó sus beneficios de COBRA (o la continuación de cobertura bajo una disposición estatal similar); y
- No califica para participar en otro plan de salud grupal, Medicare o Medicaid y no tiene ninguna otra cobertura de seguro de salud.

El derecho a comprar cobertura individual es el mismo independientemente de que tenga un cese de trabajo, lo despidan o renuncie a su trabajo.

Por lo tanto, si le interesa obtener cobertura individual y cumple con los otros criterios para calificar como individuo, debe solicitar esta cobertura lo más pronto posible para evitar perder su estatus de individuo que califica debido a la interrupción de cobertura de 63 días.

Flexibilidad estatal. Este certificado describe las protecciones mínimas de HIPAA en virtud de la ley federal. Los estados pueden requerir que las aseguradoras y las HMO proporcionen protecciones adicionales a los individuos de ese estado.

Mercado de Seguros de Salud. Puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). Al inscribirse en la cobertura mediante el Mercado, usted podría calificar para disminuir los costos de sus primas mensuales y disminuir gastos del bolsillo. Usted puede ver lo que su prima, deducibles, y los costos de su bolsillo serían antes de tomar la decisión de inscribirse. Siendo elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura para un crédito de impuestos por el mercado. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace), visite www.HealthCare.gov.

Más información. Si tiene preguntas sobre sus derechos en virtud de la ley HIPAA, puede llamar a la Administración de Beneficios de Empleados (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor, DOL) sin costo al 1-866-444-3272 (para obtener publicaciones gratuitas de HIPAA, pida publicaciones sobre los cambios de las leyes de atención de la salud). También puede llamar a la línea telefónica para publicaciones CMS al 1-800-633-4227 (pida la publicación sobre protección de su cobertura de seguro de salud (Protecting Your Health Insurance Coverage). Estas publicaciones y otra información útil también se encuentran en la Internet en <http://www.dol.gov/ebsa> y en las páginas interactivas del DOL, Health Elaws, o <http://www.cms.hhs.gov/hipaa1>. Finalmente el Departamento de Seguros de su Estado también podría asistirlo.