

La Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (Pension and Welfare Benefits Administration-PWBA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo administra varias leyes importantes acerca de los beneficios médicos que cubren los planes médicos mediante empleadores, las cuales rigen sus derechos básicos a obtener información acerca de cómo funciona su plan médico, cómo califica usted para los beneficios y cómo reclamar los beneficios. Además, existen leyes específicas que protegen su derecho a los beneficios médicos cuando usted pierde la cobertura o cambia de empleo. PWBA también supervisa las leyes de atención médica aprobadas recientemente que cubren las condiciones médicas especiales. Para obtener más información acerca de las leyes que protegen sus beneficios, visite el sitio de Internet de PWBA en www.dol.gov/dol/pwba. o llame a un consejero de beneficios de PWBA en Washington, DC al 202/219-8776, o comuníquese con la oficina regional de PWBA más cercana.

Estos 10 consejos pueden hacer que sus beneficios médicos funcionen mejor para usted.

Estas leyes pueden ayudar:

La Ley de seguridad de ingresos de jubilación para empleados — Ofrece protección a las personas inscritas en planes de pensión, médicos y otros patrocinados por empleadores del sector privado, provee derechos a la información y un proceso de quejas y apelaciones para que los participantes obtengan beneficios de sus planes.

La Ley omnibus consolidada de reconciliación presupuestaria — Contiene estipulaciones que otorgan el derecho a comprar continuación temporal de la cobertura del plan grupal a tarifas grupales en ciertos casos a algunos antiguos empleados, personas jubiladas, cónyuges e hijos dependientes.

La Ley de transportabilidad y responsabilidad de seguro médico — Incluye protección para millones de trabajadores estadounidenses y sus familias que tengan condiciones médicas preexistentes, prohíbe la discriminación en la cobertura de atención médica y garantiza que se emitan pólizas individuales a ciertas personas elegibles.

La Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres — Provee reglas acerca del nivel mínimo de cobertura para la duración de las estadías en el hospital después de dar a luz.

La Ley de igualdad en la salud mental — Requiere que los límites monetarios anuales o vitalicios de los beneficios de salud mental no sean más bajos que los límites monetarios de los beneficios médicos y quirúrgicos que ofrece un plan médico grupal.

La Ley de los derechos de salud y cáncer para las mujeres — Ofrece protecciones para pacientes de cáncer de los senos que eligen la reconstrucción de los senos en relación con una mastectomía.

Para averiguar más...

Llame a la línea directa de publicaciones gratuita de PWBA al **1-800-998-7542** para obtener copias de los siguientes folletos, o léalos por Internet en: <http://www.dol.gov/dol/pwba>.

- Preguntas y respuestas: Cambios recientes a las leyes de atención médica
- Beneficios médicos bajo la Ley omnibus consolidada de reconciliación presupuestaria
- La pensión y la cobertura de atención médica... Preguntas y respuestas para trabajadores cesantes
- Pueden eliminarse los beneficios médicos que provee su empleador a las personas jubiladas?
- Beneficios médicos para las mujeres

Visite además la Administración de financiamiento de la atención médica del Departamento de salud y servicios humanos en [www.hcfa.go.](http://www.hcfa.go), o comuníquese con la oficina del Director de seguros de su estado.



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

1 Sus opciones son importantes. Existen muchos tipos distintos de planes de beneficios médicos. Averigüe cuáles ofrece su empleador, luego investigue el plan o los planes que se ofrecen. La oficina de recursos humanos de su empleador, el administrador del plan médico o su gremio pueden proveerle información para ayudarlo a aparear sus necesidades y preferencias con los planes disponibles. Mientras más información tenga, mejores serán sus decisiones acerca de la atención médica.

2 Cómo revisar los beneficios disponibles. ¿Cubren los planes ofrecidos la atención de prevención, la atención de bebés sanos, la atención de la vista o dental? ¿Hay deducibles? Las respuestas a estas preguntas pueden ayudarle a calcular los gastos no reembolsables con los que puede encontrarse. El aparear sus necesidades y las de los miembros de su familia resultará en los mejores beneficios posibles. Lo más económico puede no siempre ser lo mejor. Su meta es obtener beneficios médicos de alta calidad.

3 Busque la calidad. La calidad de los servicios de atención médica varía, pero la calidad puede medirse. Debe considerar la calidad de la atención médica al decidir entre los planes de atención médica o las opciones que tiene disponible. No todos los planes médicos, médicos, hospitales y otros proveedores proporcionan atención de la más alta calidad. Afortunadamente existe información de calidad que usted puede utilizar ahora mismo para ayudarle a comparar sus opciones de atención médica. Averigüe cómo puede medir la calidad. Consulte la publicación del Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. titulada Su guía para elegir atención médica de calidad por Internet en www.aahcpr.gov/consumer.

4 La descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) de su plan provee valiosa información. El administrador de su plan médico debe proporcionarle una copia. En ella se describen los beneficios y sus derechos legales bajo la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación de los empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), la ley federal que protege sus beneficios médicos. Debe contener información acerca de la cobertura de los dependientes, qué servicios requerirán que se haga un copago y las circunstancias bajo las cuales su empleador puede cambiar o cancelar un plan de beneficios médicos. Guarde la SPD y todos los otros folletos y documentos del plan médico, con los memorandos o la correspondencia de su empleador relacionados con los beneficios médicos.

5 Evalúe su cobertura de beneficios según cambia su situación familiar. El matrimonio, el divorcio, el nacimiento o la adopción de un niño o la muerte de un cónyuge son acontecimientos de la vida que pueden señalar la necesidad de cambiar sus beneficios médicos. Usted, su cónyuge e hijos dependientes pueden ser elegibles para un período de inscripción especial según las estipulaciones de la Ley de trasportabilidad y responsabilidad de seguro médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Aun sin acontecimientos que cambian las circunstancias de la vida, la información que su empleador le proporciona debe decirle cómo puede usted cambiar los beneficios o cambiar de plan si se ofrece más de uno. Una nota especial: Si el empleador de su cónyuge también ofrece un paquete de beneficios médicos, considere coordinar ambos planes para obtener la cobertura máxima. Lea el folleto Preguntas y respuestas: Cambios recientes a las leyes de atención médica [Questions and Answers: Recent Changes in Health Care Law] (vea el panel trasero).

6 Cambios de empleo y otros acontecimientos de la vida pueden afectar sus beneficios médicos. Bajo la Ley omnibus consolidada de reconciliación presupuestaria, mejor conocida como COBRA por sus siglas en inglés, usted, su cónyuge e hijos dependientes cubiertos pueden ser elegibles para comprar cobertura médica extendida a través del plan de su empleador si usted pierde su empleo, cambia de empleo, se divorcia o si suceden ciertos otros acontecimientos. La cobertura puede fluctuar de 18 a 36 meses dependiendo de su situación. COBRA aplica a la mayoría de los empleadores que tienen 20 empleados o más y requiere que su plan le dé a conocer sus derechos. La mayoría de los planes requieren que las personas elegibles tomen la decisión acerca de COBRA dentro de los siguientes 60 días del aviso del plan. Asegúrese de darle seguimiento a través del patrocinador de su plan si no recibe un aviso, y asegúrese de responder dentro del plazo estipulado. Obtenga los hechos mediante una copia del folleto Beneficios médicos bajo la Ley omnibus consolidada de reconciliación presupuestaria [Health Benefits Under the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act] (vea el panel trasero).

7 HIPAA también puede ayudar si está cambiando de empleo, especialmente si tiene una condición médica. Generalmente HIPAA limita las exclusiones por condiciones preexistentes a una duración máxima de 12 meses (18 meses para las inscripciones tardías). HIPAA también requiere que se

reduzca este período máximo por el período que usted tuvo “cobertura anterior que puede acreditarse”. Cuando termine la cobertura, usted debe recibir un certificado que documenta su cobertura anterior que puede acreditarse de su antiguo plan. Para saber más, lea el folleto Cambios recientes a las leyes de atención médica [Recent Changes in Health Care Law] (vea el panel trasero).

8 Haga planes para su jubilación. Antes de jubilarse, investigue qué beneficios médicos, de haberlos, se extienden a usted y a su cónyuge durante sus años de jubilación. Asesórese en la oficina de recursos humanos de su empleador, su gremio o con el administrador del plan y verifique su SPD. Asegúrese de que no haya información contradictoria en estas fuentes acerca de los beneficios que recibirá o de las circunstancias bajo las cuales los mismos pueden cambiar o eliminarse. Con esta información a la mano usted puede tomar otras decisiones importantes, tales como averiguar si es elegible para cobertura de seguro a través de Medicare y Medigap.

9 Sepa cómo presentar una apelación si le niegan su reclamo por beneficios médicos. Entienda cómo trata las quejas su plan y dónde ir a presentar una apelación de las decisiones del plan. Mantenga registros y copias de la correspondencia. Verifique su paquete de beneficios médicos y su SPD para descubrir quién es responsable de encargarse de los problemas con los reclamos por beneficios. Comuníquese con PWBA para obtener ayuda al cliente si no puede obtener una respuesta a su queja. (Vea el panel trasero para información acerca de cómo comunicarse con nosotros.)

10 Usted puede tomar medidas para mejorar la calidad de la atención médica y los beneficios médicos que recibe. Busque y utilice Informes de calidad e Informes de acreditación siempre que pueda. Los informes de calidad pueden contener calificaciones de consumidores, por ejemplo, cuán satisfechos están los consumidores con los médicos de sus planes; y medidas de desempeño clínico, cuán adecuadamente previene y trata las enfermedades una organización de atención médica. Los informes de acreditación proveen información sobre cómo las organizaciones acreditadas cumplen con las normas nacionales y a menudo incluyen medidas de desempeño clínico. Busque estas medidas de calidad siempre que le sea posible. Consulte el folleto Su guía para elegir atención médica de calidad por Internet en www.aahcpr.gov/consumer.