

“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 acerca de ciertos pasos de sentido común que usted puede tomar para asegurarse de tener el nivel de cobertura médica que necesite durante cada etapa de su vida”.

– Alexis M. Herman

Secretaria del Trabajo de EE.UU.

Para obtener más información

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, las cuales rigen sus derechos básicos a obtener información acerca de cómo funciona su plan médico, cómo usted califica 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 conocer más acerca de cómo proteger sus derechos de cobertura de atención médica visite la sección Información para los consumidores acerca de los planes de beneficios médicos de la página Web de PWBA en www.dol.gov/dol/pwba, o comuníquese con la Línea directa de beneficios de pensión y bienestar al **1-800-998-7542** para obtener copias gratuitas de estos folletos:

- *Beneficios médicos bajo la Ley omnibus con solidaridad de reconciliación presupuestaria*
- *Preguntas y respuestas: Cambios recientes en la ley de atención médica*
- *La pensión y la cobertura de atención médica... Preguntas y respuestas para trabajadores cesantes*
- *Beneficios médicos para mujeres*

Si aún tiene preguntas acerca de sus derechos o beneficios, llame a uno de nuestros consejeros de beneficios en Washington, DC al **202-219-8776** o comuníquese con la oficina regional de PWBA más cercana. Visite también la Administración de financiamiento de atención médica del Departamento de salud y servicios humanos en www.hcfa.gov, o comuníquese con la oficina del Director de seguros de su estado



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

Matrimonio

Lo que tiene que saber: Obtenga todos los detalles acerca del plan de su cónyuge y asegúrese de entender cómo funciona. Debe saber los montos de los deducibles o copagos que tendrá que pagar y lo que pagará en primas. Bajo la Ley de transportabilidad y responsabilidad de seguro médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) puede tener el derecho de añadirse usted mismo, y añadir a un cónyuge e hijos nuevos 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 para el período de inscripción especial, usted tiene que dar aviso al plan y solicitar la inscripción especial para todas las personas que van a inscribirse, dentro de los siguientes 30 días de haberse casado. Su plan puede requerir que el aviso se curse 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 bajo ambos planes y decida cuál de los dos funciona mejor para usted.

Embarazos, nacimientos y adopciones

Lo que tiene que saber: HIPAA establece límites en 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 durante 48 horas después de un parto vaginal ó 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que, después de consultar a 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 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 sanos. De no ser así, puede que usted tenga que contar con dinero extra de su presupuesto para pagar las vacunaciones y las citas que el bebé necesitará durante sus primeros meses de vida.

Cuando un hijo ya no cuenta como dependiente

Lo que tiene que saber: La mayoría de los planes de atención médica proveerán cobertura a los hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad, ó 25 si son estudiantes a tiempo completo. Una vez que un hijo pierde su calidad de “hijo dependiente” de acuerdo con las reglas de su plan de atención médica, dicho hijo puede ser elegible para comprar cobertura extendida temporal de atención médica hasta por 36 meses bajo la Ley ómnibus de reconciliación presupuestaria (COBRA). Generalmente COBRA cubre los planes médicos grupales que mantienen los empleadores que tienen 20 empleados o más.

Lo que tiene que hacer: Una vez que un hijo cubierto ya no cuenta como dependiente avise a su empleador por escrito dentro de los siguientes 60 días. A su vez, su plan debe avisar a su hijo de su derecho de extender los beneficios de atención médica mediante COBRA. Su hijo tendrá 60 días a partir de la fecha en que se envió el aviso para elegir la cobertura de COBRA. Costará más dado que el empleador ya no pagará una porción del mismo, 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 ser elegibles para comprar cobertura extendida temporal médica hasta por 36 meses. Costará más dado que el empleador ya no pagará una porción de la misma, 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 pueden ser 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 derecho de comprar cobertura de atención médica extendida temporal mediante COBRA. La mayoría de los planes requiere que las personas elegibles tomen la decisión de cobertura mediante COBRA dentro de los siguientes 60 días del aviso 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 dentro de los siguientes 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 dentro de los siguientes 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 requiere que las personas elegibles tomen la decisión de cobertura mediante COBRA dentro de los siguientes 60 días del aviso del plan. Si el cónyuge que pierde la cobertura bajo el plan tiene un plan médico disponible a través de su empleador, el cónyuge y los hijos dependientes pueden ser elegibles para una inscripción especial bajo ese plan. Para calificar, el cónyuge tiene que dar aviso al plan y solicitar la inscripción especial dentro de los siguientes 30 días de haber perdido la cobertura.