



## ¿Qué es HIPAA?

*Aviso legal: La Sociedad Americana Contra El Cáncer no ofrece asesoría legal. Esta información tiene la finalidad de proporcionar antecedentes generales respecto a esta área legal.*

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996 fue creada para proteger a millones de trabajadores y a miembros de sus familias en los Estados Unidos que padecen alguna afección médica. Estas personas a menudo presentaban dificultades para conseguir cobertura médica debido a una afección médica que tenían antes de intentar obtener un seguro médico (lo cual se le conoce como una *condición preexistente*). De hecho, antes de que entraran en vigor las garantías importantes de la ley de atención médica, conocida como Ley de Atención Médica Accesible (ACA, siglas en inglés), muchas personas con problemas de salud graves no podían adquirir un seguro médico.

Ahora, muchas de las disposiciones de HIPAA no son necesarias debido a las protecciones más fuertes de la ley más reciente de atención a la salud. No obstante, las personas que tengan planes médicos previos, conocidos como planes de derechos adquiridos, pueden aún beneficiarse de las protecciones que provee la HIPAA. Esas protecciones se abordan detalladamente en este artículo.

## ¿Afecta la Ley de Atención Médica Accesible a la ley HIPAA?

La Ley de Atención Médica Accesible, aprobada en 2010, cambió la forma en que las compañías de seguros médicos manejan la cobertura para las condiciones preexistentes.

- Antes de la aprobación de la ley ACA, la ley HIPAA ayudaba a proteger a las personas con condiciones preexistentes, como cáncer. Ahora, para la mayoría de las personas con condiciones preexistentes será más fácil adquirir cobertura médica. Esto será así porque a los planes colectivos, incluyendo a los seguros ofrecidos por los empleadores, y los planes médicos individuales ya no se les permitirá denegar la cobertura a personas con condiciones preexistentes.

- Los planes médicos individuales que existían antes del 23 de septiembre de 2010 (conocidos como planes de derechos adquiridos) aún podrán tener exclusiones por condiciones preexistentes. Los planes que se emitan o renueven en o después del 23 de septiembre de 2010 tendrán que seguir las reglas de la ley ACA.

**Este artículo abordará los efectos de HIPAA en los planes de derechos adquiridos previamente y señala los cambios que ocurrirán posteriormente debido a las leyes más recientes de atención médica.**

## ¿Cómo ayuda la ley HIPAA a las personas con cáncer?

*La siguiente información aplica a los planes de derechos adquiridos, los cuales existían antes del 23 de septiembre de 2010. Verifique con su empleador para averiguar la fecha de inicio de su plan para saber si se trata de un plan de derechos adquiridos. De no serlo, esta sección no aplica a usted.*

La ley HIPAA incluye varias secciones que pueden ayudar a las personas con cáncer que ya estaban bajo planes individuales de derechos adquiridos.

- Establece límites a lo que se considera como condición preexistente. La cobertura del plan de salud de un empleador puede excluir una condición médica únicamente si la persona tuvo una interrupción en la cobertura mayor de 63 días, y se le recomendó o recibió tratamiento u orientación médica durante los 6 meses previos a su inscripción en el plan.
- Impone restricciones al tiempo durante el cual el plan de un nuevo empleador puede excluir la cobertura de una condición preexistente. El plan de salud del empleador puede evitar cubrir los gastos de atención médica de una condición preexistente durante no más de 12 meses después de que la persona es aceptada en el plan.
- Otorga a ciertas personas el derecho a contratar un seguro médico individual si no hay disponible un plan médico colectivo, y la persona ha agotado los beneficios de COBRA o la continuación de otra cobertura (para más información sobre COBRA, lea nuestro documento ¿Qué es COBRA?). Se debe cumplir con ciertas condiciones y límites de tiempo.
- No permite que los empleadores ni las compañías de seguro médico discriminen o actúen injustamente contra los empleados y las personas a su cargo debido a su estado de salud o información genética.
- Garantiza a ciertas personas la capacidad para obtener o renovar la cobertura del seguro médico individual.

## HIPAA protege también la privacidad y le brinda más acceso a su expediente médico.

En el año 2002, las cláusulas de la ley HIPAA se ampliaron para dar a los pacientes un mayor acceso a sus propios expedientes médicos. La ley ampliada otorgó también a los pacientes más control sobre la forma en cómo se usa la información sobre su salud que lo identifica. En general, la información de salud no se puede compartir sin el permiso escrito del paciente. La ley exige que los proveedores de atención médica y los planes de seguro médico también protejan la privacidad de la información de salud del paciente. Los expedientes médicos se deben guardar bajo llave y estar disponibles únicamente cuando sea necesario.

## ¿Qué es lo que HIPAA no hace?

Si bien HIPAA ofrece protecciones y facilita el que usted cambie de empleo sin temor a perder la cobertura médica por una condición preexistente, esta ley tiene límites. Por ejemplo, HIPAA:

- No exige que los empleadores ofrezcan cobertura médica, aunque la nueva ley de atención médica requerirá a algunos que la ofrezcan.
- No exige que los empleadores que ofrezcan cobertura médica a los empleados cubran también a sus familiares o a las personas que tienen a su cargo.
- No garantiza que usted pueda pagar la cobertura médica que le ofrezca su empleador.
- No le impide a un empleador que imponga un periodo de exclusión por condiciones preexistentes si usted ha sido tratado por una condición preexistente durante los últimos 6 meses y ha tenido una interrupción en su cobertura (los planes colectivos no pueden hacer esto después del 1 de enero de 2014).
- No reemplaza al estado donde usted vive como el principal ente regulador de su seguro.

Aun así, HIPAA por lo general ha facilitado el que usted cambie de plan médico o de empleo sin perder la cobertura si presenta un problema de salud.

## HIPAA, exclusiones por condiciones preexistentes y cobertura acreditable

*Las siguientes preguntas y respuestas aplican a los planes de derechos adquiridos, los cuales existían antes del 23 de septiembre de 2010. Verifique con su empleador para*

*averiguar la fecha de inicio de su plan para saber si se trata de un plan de derechos adquiridos. De no serlo, esta sección no aplica a usted.*

## ¿Cómo limita HIPAA la exclusión por condiciones preexistentes de la cobertura de un seguro médico colectivo o seguro de salud de su empleador?

### **Considera la cobertura de salud “acreditable” para acortar el tiempo de espera por condiciones preexistentes.**

Bajo la ley HIPAA, un plan médico colectivo no puede imponer una exclusión por condiciones preexistentes si la persona ha tenido *cobertura médica acreditable* durante al menos 12 meses, siempre que la persona no haya estado más de 63 días sin cobertura (la cobertura acreditable se refiere al seguro médico, e incluye la mayoría de las coberturas de salud, tales como un plan médico colectivo, un plan de una organización de atención médica administrada (HMO, siglas en inglés), una póliza de seguro médico individual, Medicaid, o Medicare). Si la cobertura duró menos de 12 meses, el periodo de exclusión por condiciones preexistentes puede ser reducido de acuerdo con el número de meses de la cobertura previa acreditable.

**Ejemplo:** María terminó un tratamiento de cáncer hace 2 meses. Ella tuvo cobertura médica durante los 14 meses previos a que dejara su empleo hace 6 semanas, lo que significa que tendría 14 meses de cobertura acreditable. Los 42 días que María estuvo sin seguro médico no se consideran como una “interrupción significativa” en la cobertura. Ella no tendría una exclusión por condiciones preexistentes en su nuevo empleo si se inscribiera en el seguro médico que se ofrecen ahí, pero debe inscribirse antes de que pasen 63 días sin que tenga seguro médico.

### **Permite únicamente la exclusión por condiciones preexistentes por las que usted haya sido examinado o tratado durante los últimos 6 meses.**

Un plan médico colectivo puede únicamente imponer a los nuevos inscritos en el plan una exclusión por condiciones preexistentes para aquellas afecciones por las que se recibió o recomendó asesoría médica, diagnóstico, atención médica o tratamiento dentro del periodo de 6 meses previo a la fecha de su inscripción (llamado periodo “retroactivo” de 6 meses). La fecha de inscripción de una persona en el plan médico es la primera fecha que ocurra entre el primer día de cobertura o el primer día de cualquier periodo de espera para la cobertura, cualquiera que ocurra primero.

Si usted tuvo un problema de salud en el pasado, pero no recibió asesoría médica, diagnóstico, atención médica, o tratamiento alguno para este problema en el periodo de los 6 meses previos a la fecha de su inscripción en el plan, esta afección no puede ser considerada como una condición preexistente (consulte con la oficina del comisionado de

seguros en su estado para ver si a usted le correspondería un periodo retroactivo más corto).

**Ejemplo:** hace 4 años, Alina fue diagnosticada con cáncer de mama tipo carcinoma lobulillar *in situ*. Ella no necesitó tratamiento, pero le recomendaron que se hiciera seguimiento todos los años con su oncólogo. Ella vio a su médico hace un año. Diez meses después, encontró un empleo y se inscribió en el seguro médico colectivo. El carcinoma de mama no se consideraría como una condición preexistente porque ella no recibió ni se le recomendó tratamiento en los 6 meses antes de inscribirse en el seguro. La interrupción en su cobertura no es un factor que se tome en cuenta porque no se considera que ella tenga una condición preexistente.

### **Establece un tiempo de espera máximo de 12 meses en las exclusiones por condiciones preexistentes si usted no se inscribe extemporáneamente en el nuevo plan.**

HIPAA establece también un máximo de 12 meses que el plan médico colectivo puede imponer como período de exclusión por condiciones preexistentes; aun si la persona ha estado sin seguro médico hasta este momento. Esto significa que no se penalizará a las personas por recibir en el pasado atención médica para enfermedades crónicas y de larga duración.

**Ejemplo:** José ha estado sin trabajo durante 5 meses y no ha tenido seguro médico durante ese tiempo. El mes pasado, se enteró de que tenía cáncer de próstata. La cobertura anterior de José no es acreditable porque la interrupción de su cobertura duró más de 63 días. Y dado que recibió un diagnóstico y orientación médica sobre este problema durante los últimos 6 meses, el cáncer preexistente puede ser excluido por hasta 12 meses. No obstante, si él se inscribe en el plan de salud, cualquier tratamiento contra el cáncer que reciba después que haya pasado el año estaría cubierto.

### **¿Existen “condiciones preexistentes” que no puedan ser excluidas de la cobertura conforme a la ley HIPAA?**

Sí. A partir del 1 de enero de 2014, la ACA prohíbe las exclusiones por condiciones existentes en los nuevos planes médicos. Puede que bajo los planes individuales adquiridos previamente (planes de derechos adquiridos) aún apliquen las normas anteriores y se excluyan condiciones preexistentes. Sin embargo, el embarazo no se puede considerar como una condición preexistente. Asimismo, puede que la información genética no sea considerada una condición preexistente si no se ha realizado un diagnóstico relacionado, independientemente si el plan es nuevo o de derechos adquiridos.

Desde que tengo cáncer quiero darle un nuevo rumbo a mi carrera profesional. ¿Cómo sé si el cáncer que tengo está sujeto a un periodo de exclusión por condiciones preexistentes en los planes que me ofrecieron en mi nuevo empleo?

Muchos planes cubren de inmediato las condiciones preexistentes. Un plan debe informarle si cuenta con un periodo de exclusión para condiciones preexistentes. Puede excluir la cobertura para una condición preexistente solamente después de que usted haya sido notificado. El plan también debe informarle sobre su derecho a demostrar que usted tuvo una cobertura previa de seguro médico (cobertura acreditable) para acortar el periodo de exclusión por condiciones preexistentes.

Si el plan efectivamente tiene un periodo de exclusión por condiciones preexistentes, el plan debe decidir sobre su cobertura de seguro y la duración de cualquier periodo de exclusión por condiciones preexistentes que le corresponda. En general, un plan debe tomar esta decisión dentro de un tiempo razonable después de que usted proporcione un certificado u otra información que compruebe que tuvo una cobertura previa de seguro médico.

Le deben notificar esta decisión si, después de examinar toda la evidencia de la cobertura acreditable que usted tuvo recientemente, el plan decide imponer un periodo de exclusión por su condición preexistente (la cobertura acreditable incluye la mayoría de las coberturas de salud, tales como un plan médico colectivo, un plan de una organización de atención médica administrada (HMO), COBRA, una póliza de seguro médico individual, Medicaid, Medicare, TRICARE, CHAMPUS, la Cobertura de Salud para Veteranos del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, siglas en inglés) o el Servicio de Salud Indígena. No incluye pólizas de atención médica a largo plazo, planes exclusivamente odontológicos u oftalmológicos, cobertura complementaria, o pólizas exclusivas para cáncer). En la notificación debe indicársele también el motivo de la decisión, la información que usó el plan para tomar dicha decisión, y cualquier recurso de apelación que usted pueda tener a su disposición.

El plan puede cambiar su primera decisión si posteriormente descubre que usted no tuvo la cobertura acreditable que afirmó tener. En este caso, el plan debe informarle sobre el cambio. Hasta que se tome una determinación definitiva, el plan debe actuar de acuerdo con su primera decisión sobre la cobertura de los servicios médicos.

## ¿Cómo comprueban los empleados contratados recientemente que tuvieron una cobertura médica previa a ser acreditada conforme a HIPAA?

HIPAA establece que el plan médico colectivo que tenía anteriormente el empleado y cualquier compañía de seguros u organización de atención médica administrada (HMO) que proporcione dicha cobertura, debe suministrar al empleado una declaración de cobertura previa de seguro médico. A esta constancia se le llama *certificado de cobertura acreditable*.

Le deben entregar este certificado cuando usted pierde la cobertura del plan o de otro modo cuando reúne los requisitos para la cobertura del seguro médico de COBRA. También le deben suministrar dicho certificado cuando deje de trabajar o cuando cese su cobertura de COBRA. COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) es el nombre de una ley federal que les da a los trabajadores o a los miembros de su familia la oportunidad de adquirir cobertura médica de grupo a través del plan de salud de su empleador durante un periodo limitado de tiempo (18, 29 o 36 meses) si pierden la cobertura debido a ciertos incidentes, incluyendo la terminación de empleo, divorcio o fallecimiento.

Usted puede solicitar un certificado por hasta 24 meses después que su cobertura finalizó. Puede también pedir un certificado aun antes de que finalice su cobertura.

Para obtener más información sobre COBRA, vea nuestro documento ¿Qué es COBRA?

## Ya tengo el certificado de mi plan anterior. ¿Qué hago ahora?

Usted debe:

- Asegurarse de que la información en el certificado sea correcta. Ponerse en contacto con el administrador de su plan anterior si hay algo que requiera corregirse.
- Guardar el certificado, en caso de que lo necesite. Usted necesitará el certificado si se inscribe en un plan médico colectivo de derechos adquiridos que tenga un periodo de exclusión por condiciones preexistentes o si contrata una póliza de salud individual con una compañía de seguros.

## ¿Puede mi plan anterior llamar simplemente a mi nuevo plan para darle información sobre mi cobertura acreditable para HIPAA?

Sí. Si usted, su nuevo plan, y su plan anterior están todos de acuerdo, la información puede ser comunicada por teléfono. Usted tiene también derecho a solicitar un certificado escrito para que le quede una constancia cuando la información sobre su cobertura la suministren por teléfono o por otros medios.

## Mi empleador tiene un “periodo de espera” para la inscripción en el plan de salud. ¿Cambia esto el periodo de exclusión por condiciones preexistentes bajo HIPAA?

La ley HIPAA no impide que un plan o compañía tenga un periodo de espera para la inscripción en el seguro médico. Para los planes médicos colectivos, un periodo de espera es el tiempo que debe transcurrir antes de que un empleado o persona a su cargo pueda inscribirse en el plan médico. Si un plan tiene tanto un periodo de espera como un periodo de exclusión para condiciones preexistentes, el periodo de exclusión para condiciones preexistentes comienza cuando se inicia el periodo de espera.

**Ejemplo:** si su compañía tiene un periodo de espera de 4 meses y un periodo de exclusión por condiciones preexistentes de 6 meses, su exclusión por condiciones preexistentes sigue siendo de solamente 6 meses en total. A usted le quedan únicamente 2 meses de periodo de exclusión por condiciones preexistentes si se inscribe en el seguro después de los 4 meses del periodo de espera (por supuesto, si usted tenía una cobertura previa acreditable, no le habría quedado un tiempo de exclusión preexistente después del periodo de espera de 4 meses, como se indicó anteriormente).

## ¿Cambia la nueva ley de atención médica el periodo de espera?

A partir del 1 de enero de 2014, el periodo de espera para que los empleados elegibles se inscriban en un plan médico colectivo disponible no puede exceder los 90 días.



## Cambié de empleo y mi nuevo plan médico colectivo impone un periodo de exclusión por condiciones preexistentes. ¿Cómo decide mi nuevo plan cuánto tiempo durará mi periodo de exclusión por condiciones preexistentes bajo HIPAA?

Un plan médico de derechos adquiridos puede imponer un periodo de exclusión por condiciones preexistentes únicamente si usted no tuvo una cobertura de seguro médico acreditable en su empleo anterior, o si no tuvo cobertura durante más de 63 días.

La duración máxima de un periodo de exclusión por condiciones preexistentes es de 12 meses después de la fecha de inscripción, o de 18 meses en caso de que un “inscrito extemporáneo” (una persona se inscribe en forma extemporánea cuando se inscribe en un plan después de la fecha inicial en que la cobertura puede entrar en vigencia bajo los términos del plan. Si usted se inscribe durante un periodo de inscripción abierta o debido a un cambio familiar, no se le considerará que se inscribió extemporáneamente). Este periodo de 12 o 18 meses puede ser más corto en algunos estados debido a diferencias en las leyes estatales. Consulte con la oficina estatal del comisionado de seguros para ver si su periodo de exclusión pudiera ser más corto.

Un plan debe acortar el periodo de exclusión por condiciones preexistentes de acuerdo con el número de días que la persona tuvo una cobertura previa de seguro médico acreditable. Pero si usted estuvo sin cobertura durante 63 días o más (lo que se denomina “interrupción significativa de cobertura”), HIPAA no exige que el nuevo plan de seguro médico contabilice ningún día de cobertura acreditable previo a la interrupción. Tenga en cuenta que algunos estados pueden exigir que los empleadores contabilicen la cobertura acumulada antes de una interrupción que haya durado más de 63 días. Consulte con su oficina estatal del comisionado de seguros para ver si su estado permite que se contabilice la cobertura aunque haya pasado más tiempo desde que la tuvo. (Lea la sección “¿Cómo obtener más información?” para la información de contacto).

Comencé en un nuevo empleo después de que transcurrieran 45 días de haber terminado la cobertura de mi plan médico colectivo anterior. Esta cobertura duró 24 meses consecutivos, durante los cuales recibí un tratamiento contra el cáncer. ¿Estará cualquier nueva solicitud relacionada con el cáncer sujeta al periodo de exclusión por condiciones preexistentes de 12 meses impuesto por el plan de mi nuevo empleador?

No, si usted se inscribe en el momento en que por primera vez reúne los requisitos para inscribirse en el plan médico de derechos adquiridos, siempre que no tenga interrupciones futuras en la cobertura que duren más de 63 días. La interrupción en la cobertura de 45 días no se considera como una interrupción significativa en la cobertura bajo HIPAA. Bajo la ley federal, una interrupción significativa en la cobertura es al menos de 63 días consecutivos. Dado que usted tuvo una cobertura acreditable de más de 12 meses en su plan anterior de seguro médico sin una interrupción significativa, no estará sujeto al periodo de exclusión de condiciones preexistentes impuesto por el plan de su nuevo empleador si se inscribe en el momento en que por primera vez reúne los requisitos para ingresar al seguro.

## ¿Cómo puedo evitar una interrupción de la cobertura de 63 días para mantener la protección de HIPAA?

Hay algunas cosas que puede hacer para evitar las interrupciones de la cobertura.

- Si su última cobertura fue muy reciente y usted se encontraba bajo un plan médico colectivo, puede optar por la continuación de la cobertura de COBRA. Por lo general, los trabajadores de compañías con 20 o más empleados reúnen los requisitos para COBRA. Algunos estados tienen leyes similares a COBRA que se aplican a empresas más pequeñas. (Para detalles, lea nuestro documento titulado ¿Qué es COBRA?).
- Si usted está casado, puede tratar de ingresar a la póliza colectiva de su cónyuge tan pronto como pierda su propia póliza.
- Usted puede tratar de comprar una póliza de seguro médico individual.

# **HIPAA, sus antecedentes médicos y la cobertura de seguro médico**

*Las siguientes preguntas y respuestas aplican a los planes de derechos adquiridos, los cuales existían antes del 23 de septiembre de 2010. Verifique con su empleador para averiguar la fecha de inicio de su plan para saber si se trata de un plan de derechos adquiridos. De no serlo, esta sección no aplica a usted.*

**Bajo HIPAA, ¿puedo perder o me pueden cobrar más por la cobertura si mi estado de salud cambia? Yo he recibido tratamiento contra el cáncer.**

Los planes médicos colectivos y los emisores de los seguros no pueden establecer las normas de elegibilidad (incluida la continuación de elegibilidad) para que una persona se inscriba bajo los términos del plan de acuerdo con “circunstancias asociadas con el estado de salud”. Estas circunstancias incluyen su estado de salud, afecciones médicas (físicas o mentales), solicitudes médicas anteriores, el que haya recibido atención médica, antecedentes médicos, información genética y evidencia de asegurabilidad o discapacidad. Por ejemplo, usted no puede ser excluido o eliminado de la cobertura bajo su plan médico colectivo simplemente porque le diagnostiquen cáncer.

Asimismo, los planes de seguros colectivos y los emisores de los seguros no pueden exigir que una persona pague una prima o aporte mayor que el de una persona en una situación similar debido a un motivo asociado con el estado de salud. Por lo tanto, a usted no se le puede cobrar más simplemente porque haya tenido cáncer en el pasado. Por otro lado, si el empleador aumentó las tarifas de todos los asegurados o dejó de ofrecer completamente la cobertura de salud, no estaría infringiendo la ley HIPAA.

**¿Puede un plan médico colectivo o el emisor de un seguro médico colectivo exigir que pase un examen físico antes de poder inscribirme en el plan? Tengo algunos efectos secundarios debido al tratamiento contra el cáncer que pueden tomar mucho tiempo en desaparecer.**

No. Un plan médico colectivo o un emisor de seguro no puede solicitar que pase un examen físico para poder inscribirse. Aun si usted se inscribió después de la fecha inicial, no pueden exigirle que pase un examen físico para obtener cobertura médica.

Mi plan médico colectivo requiere que complete un cuestionario detallado sobre mis antecedentes médicos y resta puntos por problemas previos o actuales de salud. Para inscribirme en el plan, debo tener un puntaje de 70 de un total de 100 puntos. Yo obtuve un puntaje de solamente 50 puntos y me negaron la elegibilidad en el plan. ¿Está esto permitido?

No. Sin embargo, las disposiciones antidiscriminatorias de HIPAA no prohíben automáticamente los cuestionarios de atención médica. Depende de cómo se use la información de dichos cuestionarios. En este caso, el plan exige que las personas obtengan una cierta cantidad de “puntos de salud” relacionados con afecciones médicas actuales para poder inscribirse en el plan. Esto no está permitido y se considera como discriminación en las normas de elegibilidad basadas en un motivo de salud.

Mi plan médico colectivo tiene un periodo de exclusión por condiciones preexistentes de 12 meses pero, después de los primeros 6 meses, eliminan el periodo de exclusión a las personas que no hayan tenido ninguna solicitud desde su inscripción. ¿Está esto permitido bajo HIPAA?

No. Un plan médico colectivo puede imponer un periodo de exclusión por condiciones preexistentes, pero la exclusión se debe aplicar de la misma manera a todas las personas en una situación similar. Aquí, las disposiciones del plan no se aplican en forma uniforme porque las personas que realizaron solicitudes (reclamaciones) médicas durante los primeros 6 meses después de la inscripción no son tratadas de la misma manera que aquellas que no realizaron solicitudes durante ese lapso de tiempo. Esto significa que las disposiciones del plan infringen las disposiciones antidiscriminatorias de la ley.

Mi plan médico colectivo excluye la cobertura para un problema de salud que tengo (sin importar si se trata de una condición preexistente o no). ¿Está mi plan infringiendo las disposiciones antidiscriminatorias de HIPAA al imponer esta exclusión?

Los planes médicos colectivos pueden decidir no cubrir alguna enfermedad determinada. Pueden limitar o excluir los beneficios para ciertos tipos de tratamientos o medicamentos, limitar o excluir los beneficios de acuerdo con su decisión de si los beneficios son experimentales o necesarios por razones médicas. No obstante, pueden hacerlo solamente

si la restricción del beneficio se aplica de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no está dirigida a alguien en particular en el plan debido a un motivo de salud. De modo que, si se aplica el mismo estándar a todas las personas del grupo, esto podría permitirse. Un ejemplo pudiera ser la cobertura de un tratamiento que no haya sido probado científicamente.

**Mi plan de salud tenía un límite de por vida de \$500,000 USD en todos los beneficios cubiertos bajo el plan. El plan también tenía un límite anual de \$5,000 USD en todos los beneficios proporcionados para uno de los problemas de salud que tengo. ¿Están permitidos estos límites bajo HIPAA?**

HIPAA ya no regula estos aspectos, aunque la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) aprobada en el 2010, sí lo hace. Los límites de por vida no son permitidos en ningún plan, ni en los planes de derechos adquiridos.

**Me encanta lanzarme en paracaídas. ¿Me pueden negar la inscripción en el plan de salud de mi empleador por practicar el paracaidismo?**

No. No le pueden negar la elegibilidad para inscribirse en el plan de su empleador porque se lance en paracaídas. Sin embargo, podría ser que las lesiones asociadas con el paracaidismo no estén cubiertas bajo su plan de salud. Vea a continuación.

**¿Puede mi plan de salud o el emisor negarme los beneficios para una lesión debido al origen de dicha lesión? Cuando a mi madre le dio cáncer, me deprimí mucho y me tomé una sobredosis de pastillas para dormir.**

Si la lesión resulta de una afección médica o de un acto de violencia doméstica, el plan de salud o el emisor no pueden negarle los beneficios para dicha lesión, siempre que se trate de una lesión que el plan hubiera cubierto en otra circunstancia.

Por ejemplo, un plan no puede excluir la cobertura de lesiones autoinfligidas (o lesiones resultantes de un intento de suicidio) para una persona en el plan si las lesiones están de otro modo cubiertas bajo el plan y si éstas son el resultado de una afección médica, como lo es la depresión.

Sin embargo, no se le exige al plan o al emisor que cubra lesiones que no sean el resultado de una afección médica o un acto de violencia doméstica. Esto significa que las lesiones ocurridas en actividades de alto riesgo, tales como salto en bungee, paracaidismo o descenso en ríos de agua rápida, pueden no estar cubiertas.

No obstante, un plan no puede impedir que las personas se inscriban debido a su pasatiempo de alto riesgo. Y aun así cubriría el tratamiento de otras afecciones médicas que no estuvieran relacionadas con la actividad de alto riesgo. Consulte con su plan médico sobre la cobertura de lesiones relacionadas con actividades deportivas de alto riesgo.

**En el pasado, he presentado muchas solicitudes de beneficios. Dado que tengo cáncer, he recibido 3 tipos diferentes de tratamiento y muchos medicamentos. ¿Me pueden cobrar más que a otras personas en situación similar debido a mis solicitudes?**

No. Los planes médicos colectivos y los emisores de seguros médicos colectivos no pueden cobrarle más a una persona por la cobertura que a otras en situación similar, debido a algún motivo de salud.

## **Cómo realizar la solicitud de beneficios**

**¿Tiene algunos consejos para presentar una solicitud de beneficios médicos?**

Sí. El primer paso que debería tomar incluso antes de presentar una solicitud (reclamación) es leer detenidamente la descripción resumida (SPD, siglas en inglés) de su plan de salud. Este es un documento que el administrador de su plan de salud debe darle (por escrito o electrónicamente) una vez que usted se inscriba en el plan de seguro médico. Este resumen del plan le indicará cómo funciona el plan, los beneficios que proporciona y cómo se pueden obtener los beneficios o el proceso para presentar una solicitud. Allí se deberían también describir sus derechos y protecciones bajo la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados).

Cada SPD debe mostrar el procedimiento para presentar una solicitud. Algunos planes pueden requerir que presente una solicitud (o que obtenga una *autorización previa*, o permiso para un tratamiento) antes de que pueda recibir el tratamiento médico. Algunos planes tienen normas especiales para la atención médica urgente (de emergencia). En el caso de otros planes, usted debe entregar una solicitud para reembolso (recibir la devolución del pago de la parte cubierta) una vez que usted pagó por la atención médica.

Cuando presente una solicitud, siga los pasos que se resumen en su SPD. Si no puede encontrar los pasos a seguir o no los entiende, contacte el administrador de su plan. Puede también contactar la administración de seguridad de beneficios del empleado del Departamento del Trabajo para que le ayuden a entender sus derechos; refiérase a la sección “¿Cómo obtener más información?” para la información de contacto.

Su plan debe indicar el plazo en el que le darán la decisión sobre cada solicitud que usted presentó. Asegúrese de buscar en su SPD, cuál es este plazo límite. Cuando usted realice una solicitud a su plan, tenga en cuenta la fecha y el tiempo que transcurre mientras espera por la decisión. Algunos planes tienen diferentes periodos de tiempo dependiendo de la naturaleza de la solicitud del beneficio. Por ejemplo, la solicitud de atención médica urgente puede ser diferente y la solicitud puede ser presentada antes o después que se recibió la atención médica. Si no recibe una respuesta de su plan dentro del periodo de tiempo establecido, póngase en contacto con el administrador de su plan. Para más información, lea nuestro documento Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer.

## ¿Qué sucede si mi solicitud es denegada?

Su plan puede negar una solicitud por muchos motivos. Por ejemplo, puede que usted no haya pagado el monto del deducible anual. El tratamiento requerido puede ser algo que el plan afirme que no está cubierto o que no es necesario por motivos médicos. Es posible también que usted no haya proporcionado información suficiente para que el administrador del plan procesara la solicitud. Busque el motivo y otra información que se suministra en el aviso de denegación para que sepa si quiere apelar la decisión.

Si se rechaza una solicitud, la aseguradora tiene que explicarle los derechos que usted tiene para apelar la decisión. Si usted lo solicita, la aseguradora tiene que proporcionarle toda la información sobre la decisión. Los planes médicos que comenzaron antes del 23 de septiembre de 2010 aún siguen bajo las reglas anteriores de cobertura (planes de derechos adquiridos), aunque la manera en que usted apele la denegación será la misma que para los planes más recientes.

Antes de apelar, considere seguir estos pasos:

- Solicitar una explicación completa del motivo de la negación de la reclamación.
- Revisar los beneficios de su plan de seguro médico. Puede que esto requiera revisar la notificación más detallada del Resumen de Beneficios.
- Contactar el administrador de su plan de salud para obtener más información sobre la denegación.
- Pedir al médico que escriba una carta que explique o justifique lo que se hizo o lo que se está solicitando.

- Preguntar a su aseguradora si el plan médico de su trabajo es autoasegurado, y la fecha en que comenzó el plan. (Esto es para averiguar si los requisitos de la ACA aplican o si el plan es de derechos adquiridos). Esto ayudará a saber cuáles reglas aplican y qué proceso de apelación debe seguir.
- Contactar el departamento o comisión estatal de seguros que reglamenta la operación de su compañía de seguro para verificar que la compañía ha actuado apropiadamente y que la denegación no haya sido un error. (Consulte las páginas azules de su guía telefónica local, o visite la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en Internet en: [www.naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://www.naic.org/state_web_map.htm)).

Usted puede volver a presentar la solicitud con una copia de la carta de denegación y la explicación de su médico, junto con cualquier otra información escrita que justifique el uso de la prueba o tratamiento que fue denegado. En ocasiones, solamente será necesario que el examen o el servicio sea codificado de otra forma para que procesen el pago.

Si cuestionar o disputar la denegación de esta manera no da resultado, entonces puede que requiera:

- Posponer el pago hasta que se resuelva dicho asunto (conservar toda la correspondencia original que reciba; su equipo de atención contra el cáncer puede ayudar en darle copias si así lo necesita).
- Llevar un registro de fechas, nombres y conversaciones que haya tenido sobre la denegación.
- Solicitar formalmente una *apelación interna* (o *revisión interna*), la cual se lleva a cabo por la aseguradora. Completar cualquier formulario que la aseguradora requiera, o escribirles una carta explicándoles que usted está apelando la denegación. Incluir su nombre, número de reclamación, número de identificación de su seguro médico, junto con cualquier información adicional, tal como una carta de su médico. Es posible que los integrantes de su equipo de atención del cáncer puedan ayudar con esto.
- Usted tiene 6 meses (180 días) desde que recibió la denegación de su solicitud para radicar una apelación interna.
- Averigüe si usted vive en uno de los estados que también tiene un programa especial de asistencia al consumidor (*Consumer Assistance Program* [CAP]) que pueda ayudarle a radicar una apelación.
- Si usted no vive en un estado que tenga ese programa, obtenga la ayuda de la división de servicios al consumidor del departamento o comisión de seguridad médica de su estado. Revise las páginas azules de su guía telefónica o póngase en contacto con la Asociación Nacional de Comisiones de Seguro Médico en Internet en [http://naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://naic.org/state_web_map.htm), o puede llamar al 1-866-470-6242.



- Si su apelación interna es denegada, averigüe sobre cómo obtener una revisión externa. Para más información, lea nuestro documento titulado [Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer](#).

Es probable que usted también quiera ponerse en contacto con la administración de seguridad de beneficios del empleado del Departamento del Trabajo para consultar sobre sus derechos bajo ERISA. Consulte la sección “¿Cómo obtener más información?” para la información de contacto. Usted puede aprender más sobre las reclamaciones que son denegadas en nuestro documento Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer.

## **HIPAA y ciertas disposiciones de las pólizas de seguro**

¿Está bien que un emisor de seguros médicos le cobre una prima más elevada a un plan de salud colectivo que cubre a personas con problemas de salud costosos, que la que le cobra a otro empleador por su plan de salud colectivo que cubre a menos personas con problemas de salud costosos?

A partir del 2014, los planes médicos ya no pueden tomar en cuenta los factores de salud al determinar las tarifas. Solo la edad y el lugar donde vive se pueden usar para determinar el costo de un plan médico.

Mi plan de salud colectivo tiene una “disposición de no-confinamiento”. Esta disposición establece que si una persona está confinada en un hospital en el momento en que normalmente se consideraría elegible para la inscripción, no será elegible hasta que salga del hospital. ¿Qué sucede si estoy en el hospital con un bajo recuento de glóbulos blancos debido a la quimioterapia en el momento en que me consideran elegible para la inscripción? ¿Está esto permitido?

No. Incluso los planes de salud colectivos de derechos adquiridos no pueden restringir la elegibilidad, los beneficios, o la fecha de vigencia de la cobertura de una persona por el hecho de que esa persona esté en un hospital o en otro centro de atención médica.

Asimismo, un plan de salud no puede establecer la prima de una persona según su estadía en el hospital.

## **Divulgación de información**

### **¿Qué tipo de información deben suministrar los planes de salud colectivos a los participantes y beneficiarios bajo HIPAA?**

HIPAA y otras leyes han llevado a cabo cambios importantes de acuerdo con las normas de divulgación del Departamento del Trabajo. Según estas normas, los planes de salud colectivos deben mejorar los documentos que los empleadores deben dar por ley a los empleados en ciertos momentos clave, como descripciones resumidas del plan (SPD) y resúmenes de modificaciones sustanciales (SMM, en inglés) para asegurarse de que los empleadores:

- Informen a los participantes y beneficiarios de las “reducciones sustanciales en los servicios o beneficios cubiertos” (por ejemplo, reducciones en los beneficios o aumentos en los deducibles y copagos), generalmente dentro de los 60 días después de que adoptó el cambio.
- Proporcionen a los participantes y beneficiarios información sobre la función de los emisores (tal como compañías de seguros y HMO) con respecto a su plan de salud colectivo. Por ejemplo, deben incluir el nombre y la dirección del emisor, si los beneficios cubiertos por el plan están garantizados bajo un contrato o póliza de seguro emitida por el emisor, hasta qué punto están garantizados y la naturaleza de cualquier servicio administrativo (por ejemplo, el pago de las solicitudes) que el emisor proporcione.
- Informen a los participantes y beneficiarios cuál es la oficina del Departamento del Trabajo que pueden contactar para obtener ayuda o información sobre sus derechos bajo la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados) e HIPAA.
- Comuniquen a los participantes y beneficiarios que la ley federal por lo general prohíbe que los emisores del plan y del seguro médico limiten las estadías en el hospital para los partos a menos de 48 horas para los partos naturales y de 96 horas para las cesáreas.

La nueva ley de atención médica (ACA) exige que los planes provean un resumen de beneficios y cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*), una explicación simple de los beneficios con ejemplos de cobertura que ayude a las personas a comparar las diferentes opciones de cobertura.

**¿Pueden los empleadores usar el correo electrónico para impartir esta información a los empleados? Si es así, ¿tienen derecho los empleados a obtener una copia en papel de la información de su plan de salud?**

La respuesta es sí a ambas preguntas. Las normas de divulgación ofrecen una protección legal para el uso de medios de comunicación electrónica (correo electrónico) a fin de suministrar las descripciones resumidas del plan (SPD) y los resúmenes de las modificaciones sustanciales (SMM). No obstante, los empleados deben poder obtener los documentos electrónicos en su lugar de trabajo (hay además algunos otros requisitos). Los participantes tienen también el derecho a obtener información gratuita en papel, cuando así lo soliciten.

## **¿Quién hace que se cumpla la ley HIPAA?**

Los respectivos estados hacen que los emisores de seguros médicos cumplan con los requisitos legales. Si un estado no actúa en sus áreas de responsabilidad, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos puede decidir que el estado no ha hecho “cumplir sustancialmente” la ley. Se puede hacer uso de la autoridad federal, a través de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, para que hagan cumplir la ley y sancionen a las compañías de seguros.

La Secretaría del Trabajo de EE.UU. tiene también autoridad para hacer cumplir los requisitos de transferibilidad de la atención médica en los planes de salud colectivos bajo ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para los Empleados), incluyendo los planes autoasegurados. Adicionalmente, los participantes o beneficiarios pueden entablar una demanda para hacer cumplir sus derechos bajo ERISA, según enmienda de HIPAA.

## **¿Pueden los estados modificar los requisitos de seguros de HIPAA?**

*Las siguientes respuestas aplican a los planes de derechos adquiridos, los cuales existían antes del 23 de septiembre de 2010. Verifique con su empleador para averiguar la fecha de inicio de su plan para saber si se trata de un plan de derechos adquiridos. De no serlo, esta sección no aplica a usted.*

Sí, bajo ciertas circunstancias. Los estados pueden imponer requisitos más estrictos para los emisores de seguros médicos en las 7 áreas que se enumeran a continuación. Los estados pueden:

- Acortar el periodo “retroactivo” de 6 meses antes de la fecha de inscripción para decidir qué es una condición preexistente.
- Acortar los periodos máximos de 12 meses de exclusión por condiciones preexistentes (o el periodo máximo de 18 meses de exclusión por condiciones para quienes se inscriben extemporáneamente).
- Considerar la cobertura del seguro médico anterior como acreditable aunque haya habido una interrupción en la cobertura de más de 63 días.
- Aumentar el periodo de 30 días para que los recién nacidos, niños adoptados y niños colocados en adopción se inscriban en el plan de modo que no se pueda aplicar después un periodo de exclusión por condiciones preexistentes.
- Limitar aún más las circunstancias en las cuales se puede aplicar un periodo de exclusión por condiciones preexistentes, además de las “excepciones” descritas en la ley federal. (Las “excepciones” según la ley federal son para ciertos recién nacidos, el embarazo y la información genética en ausencia de un diagnóstico). Además, recuerde que la Ley de Atención Médica Accesible prohíbe que las compañías de seguros nieguen cobertura basándose en condiciones preexistentes.
- Requerir más periodos de inscripción especial.
- Reducir a menos de 2 meses, (3 meses para las inscripciones extemporáneas), el periodo máximo de afiliación a una organización de atención médica administrada (HMO).

Los estados pueden, en ocasiones, imponer otros requisitos sobre compañías de seguros y HMOs. Si su cobertura de salud que tiene proviene de una HMO o una póliza de seguro emitida por una compañía de seguros, usted puede consultar con la oficina del departamento de seguros de su estado para averiguar cuáles son las normas en su estado. Encuentre su Departamento Estatal de Seguros en las páginas azules de su guía telefónica local, o visite la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en la Web en [www.naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://www.naic.org/state_web_map.htm).

## **Cómo obtener y mantener la cobertura del seguro médico bajo HIPAA**

*Las siguientes preguntas y respuestas aplican a los planes de derechos adquiridos, los cuales existían antes del 23 de septiembre de 2010. Verifique con su empleador para*

*averiguar la fecha de inicio de su plan para saber si se trata de un plan de derechos adquiridos. De no serlo, esta sección no aplica a usted.*

## ¿Qué hago si no puedo obtener una cobertura de grupo y no tengo otras opciones?

Hay una disposición especial de la ley HIPAA cuyo objetivo es el de permitir que las personas obtengan cobertura después de que agotaron otras opciones. Sin embargo, antes de que HIPAA pueda ayudar a que una persona sin opciones de seguro obtenga cobertura, se deben cumplir ciertos requisitos, y usted debe actuar rápidamente una vez que pierde su cobertura:

- Necesita haber tenido 18 meses de cobertura bajo un plan de salud colectivo sin una interrupción de más de 63 días y su cobertura más reciente debe proceder de un plan de salud acreditable.
- No puede ser elegible para Medicare o Medicaid, ni ser elegible para un plan de seguro médico colectivo.
- Es preciso que haya elegido y agotado (acabado) su cobertura de COBRA o cualquier otra cobertura actual similar, o que usted no pueda ser elegible para la continuación de cobertura de COBRA (o continuación de cobertura bajo un programa estatal similar).
- No perdió su cobertura de grupo debido a un fraude o al incumplimiento de pago de las primas.

Las personas que reúnen estos requisitos se llaman “personas elegibles bajo HIPAA”. Si usted es elegible y actúa dentro de los 63 días siguientes a la pérdida de su cobertura, HIPAA le garantiza que usted podrá adquirir algún tipo de cobertura y que tendrá al menos dos opciones para elegir. HIPAA puede ayudar a las personas que quedaron sin cobertura de salud después de que perdieron la elegibilidad para los planes colectivos y para COBRA.

HIPAA no limita lo que cobran las compañías de seguros de salud (aunque algunas leyes estatales sí lo hacen); sin embargo, asegura que se ofrezca cierta cobertura. Nuevamente, dependiendo del plan de salud y de la situación, HIPAA impide que un plan de seguro niegue la cobertura según los antecedentes médicos de una persona o debido a una condición preexistente.

Las personas con frecuencia no aprovechan esto porque no saben que son elegibles. En ocasiones, las personas descubren que son elegibles, pero esto puede no ser de ayuda si ha transcurrido el límite de tiempo de 63 días. Si usted cree que podría reunir los requisitos para ser elegible, póngase en contacto de inmediato con el departamento o con la comisión de seguros de su estado para averiguar cuál es la cobertura disponible para

usted. Usted puede encontrar su Departamento Estatal de Seguros en las páginas azules de su guía telefónica local, o visite la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros en Internet en: [www.naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://www.naic.org/state_web_map.htm).

**¿Qué sucede si no puedo pagar las primas de una póliza de seguro individual? Hemos estado muy restringidos de dinero desde que le diagnosticaron cáncer a mi esposa.**

HIPAA no limita las tarifas de las primas. HIPAA no tiene control sobre las leyes estatales que regulan el costo de los seguros. Sin embargo, la ACA no permite que las compañías cobren más por un plan basándose en la condición o historial de salud. Según esta ley, las personas que se encuentren por debajo de ciertos niveles de ingreso podrían calificar para asistencia en la compra de una póliza individual. Para obtener más información sobre cómo la ley de su estado puede limitar las tarifas de las primas para las pólizas de seguro individual, póngase en contacto con la oficina del comisionado de seguros de su estado. También puede encontrar más información en nuestro documento Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer.

**¿Es renovable mi póliza de seguro individual? ¿Me la pueden quitar?**

Por lo general, usted tiene la opción de renovar o continuar con la cobertura de salud individual. La mayoría de las pólizas de seguro médico individual se vencen todos los años y deben renovarse. Las leyes federales y estatales no permiten que las compañías de seguros se nieguen a renovar las pólizas de seguros de salud debido al estado de salud de la persona. Tenga en cuenta que esto no sucede con las pólizas a corto plazo que se venden como no renovables (vea más adelante).

Existen algunas excepciones en cuanto a la renovación garantizada de una póliza si la compañía de seguros no puede cumplir con sus obligaciones económicas o si sale del mercado. Su póliza puede que también sea cancelada o discontinuada si usted no paga las primas, cometió fraude, puso fin a la póliza o se mudó fuera de la zona de servicio. Note que la Ley de Atención Médica Accesible prohíbe que las compañías de seguros retroactivamente retiren la cobertura médica (pagada) legítima debido a un tecnicismo menor o error en la solicitud.

Algunas aseguradoras venden pólizas a corto plazo que son claramente comercializadas como no renovables. Si usted compra una póliza a corto plazo no renovable y luego se enferma, no tendrá derecho a renovar la póliza cuando esta expire.

## Si cambio de empleo, ¿puede HIPAA garantizarme los mismos beneficios que tengo bajo mi plan actual?

No. Cuando una persona se traslada a un nuevo plan, los beneficios que la persona recibe serán los que se ofrezcan bajo el nuevo plan. La cobertura del nuevo plan puede diferir de la cobertura del plan anterior. Sin embargo, la ACA establece ciertos requisitos en cuanto a la cobertura que tienen que ofrecer los nuevos seguros médicos.

## ¿Exige HIPAA que los empleadores ofrezcan cobertura de salud o que los planes proporcionen beneficios específicos?

No. Un empleador proporciona voluntariamente la cobertura de salud. HIPAA no exige beneficios específicos ni impide que un plan restrinja la cantidad o la naturaleza de los beneficios para grupos de personas en situaciones similares. La ACA exige a algunos empleadores ofrecer cobertura médica y también cubrir ciertos beneficios básicos. También puede encontrar más información en nuestro documento titulado Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer.

## ¿Extiende HIPAA la continuación de la cobertura de COBRA?

En general, no. Sin embargo, HIPAA realiza 2 cambios a la duración del periodo de continuación de cobertura de COBRA.

- Los beneficiarios que reúnan los requisitos y que se haya determinado que tienen una discapacidad, conforme con la Ley de Seguro Social, dentro de los primeros 60 días de la continuación de la cobertura de COBRA podrán contratar una cobertura adicional de 11 meses adicionales al periodo de cobertura habitual de 18 meses. Esta extensión de la cobertura también está disponible para los familiares no discapacitados que tienen derecho a la continuación de la cobertura de COBRA.
- Las normas de COBRA garantizan actualmente que los niños que nazcan o sean adoptados durante el periodo de la continuación de cobertura serán tratados como “beneficiarios que satisfacen los requisitos” en los planes que ofrecen cobertura a los familiares o a los dependientes.

Si bien HIPAA no extiende la cobertura de COBRA, esta ley aún puede ayudar si usted ha usado toda su cobertura de COBRA y no reúne los requisitos para otros tipos de cobertura. Puede que usted cumpla con los requisitos para la elegibilidad especial de HIPAA para otras coberturas de salud. Para más información, refiérase a la sección “¿Qué hago si no puedo obtener una cobertura de grupo y no tengo otras opciones?”.

## ¿Se aplica HIPAA a los planes de salud colectivos de empresas autoaseguradas?

Sí.

## Glosario de términos

**Certificado de cobertura acreditable:** certificado escrito emitido por un plan de salud colectivo o emisor de seguro médico que demuestra que una persona estuvo cubierta bajo ese plan de salud. Se debe emitir un certificado en forma automática y gratuita cuando una persona pierde la cobertura de un plan, cuando una persona tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA y/o cuando una persona pierde la continuación de la cobertura de COBRA. Se debe también suministrar un certificado sin costo alguno cuando se solicita mientras la persona tiene una cobertura de salud o durante los 24 meses posteriores a la finalización de su cobertura. Vea también *Cobertura acreditable*.

**Cobertura acreditable:** puede ser la cobertura de salud de una persona bajo un plan de salud colectivo, (incluso mientras la persona se encuentra con la continuación de la cobertura de COBRA), la cobertura de un seguro médico individual, Medicare, Medicaid, un programa estatal de fondos comunes de alto riesgo, un plan de salud pública, y otros programas de salud. Se puede usar para compensar el tiempo de cualquier exclusión por condiciones preexistentes si no tuvo lugar ninguna interrupción significativa en la cobertura (por lo general de 63 días) antes del inicio de un nuevo plan de salud colectivo.

**COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria):** ley que otorga a la persona que pierde sus beneficios de salud bajo ciertas circunstancias el derecho a elegir si desea mantener los beneficios de salud proporcionados por su plan de salud colectivo durante un tiempo limitado. COBRA permite que los empleados vuelvan a contratarle al empleador el seguro médico aun cuando ellos ya no trabajen allí o no trabajen a tiempo completo. Cuando la cobertura de COBRA se termina, algunas personas tienen elegibilidad especial para la cobertura de salud individual.

COBRA permite también que los miembros de la familia elijan mantener el seguro médico después de haber perdido el trabajo o que haya ocurrido cualquier otro *evento que satisfaga las condiciones* y que normalmente haría que perdieran la cobertura que tienen a través de su empleador. COBRA aplica para casi todos los empleadores con 20 o más empleados. Para más información, lea la sección “¿Qué hago si no puedo obtener una cobertura de grupo y no tengo otras opciones?” bajo “Cómo obtener y mantener la cobertura del seguro médico bajo HIPAA.”

**Emisor de seguro médico:** compañía aseguradora, servicio de seguros u organización de seguros (incluyendo una HMO), que se exige que cuente con autorización para dedicarse



al negocio de seguros en un estado y que se suscribe a las leyes estatales encargadas de supervisar lo relacionado con seguros.

**ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleo de 1974):** ley federal que supervisa los planes de beneficios para los empleados (tal como los planes de salud colectivos) que los empleadores del sector privado, las organizaciones de empleados (como los sindicatos) o ambos ofrecen a los trabajadores y sus familias.

**Exclusión por condiciones preexistentes:** limitación o exclusión de la cobertura de salud por una afección médica que se basa en el hecho de que la misma estaba presente antes del primer día de la cobertura.

**Explicación de los beneficios:** documento escrito que explica cuál parte de una reclamación médica o de salud será pagada y/o cuál no. Puede que también contenga información sobre cómo iniciar una apelación.

**Fecha de inscripción:** el primer día de cobertura o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera. Para las personas que se inscriben cuando reúnen los requisitos por primera vez, la fecha de inscripción es por lo general el primer día de empleo.

**Información genética:** información sobre los genes, el producto de los genes, y las características heredadas que pueden provenir de la persona o de un familiar. Incluye información sobre la condición del portador e información de las pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, de exámenes médicos físicos, de antecedentes familiares y de pruebas directas de genes y cromosomas.

**Inscrito extemporáneo:** persona que no se inscribe en un plan en la fecha inicial en la que la cobertura puede entrar en vigencia de acuerdo con los términos del plan o durante un periodo de inscripción especial o abierta. En conformidad con HIPAA, un inscrito extemporáneo puede estar sujeto a una exclusión máxima por condiciones preexistentes de hasta 18 meses.

**Interrupción significativa en la cobertura:** según lo define HIPAA, es una interrupción en la cobertura de 63 o más días. Puede ser más larga si las leyes de su estado permiten que la interrupción en la cobertura sea más prolongada si bien sigue contabilizando el tiempo de la cobertura anterior acreditable.

**Ley de Atención Médica Accesible (ACA) de 2010 o Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (PPACA):** ley federal dirigida a incrementar el número de personas con seguro médico, la cual también ofrece ciertas protecciones para aquellas personas que adquieran un seguro médico. Partes de esta ley entran en vigor en distintos momentos hasta que se encuentre en total vigencia en 2015.

**Periodo de espera:** periodo de tiempo que un empleador establece y que debe transcurrir antes de que un empleado o persona a su cargo tenga derecho para estar cubierto, según los términos de un plan de salud colectivo.

**Plan de salud colectivo de empresas autoaseguradas:** planes establecidos por los empleadores o sindicatos en los que se apartan fondos para pagar las solicitudes de beneficios de sus empleados, y el empleador o el sindicato actúa como su propia aseguradora. Los planes autoasegurados suelen contratar a las compañías de seguros para que los administren (por ejemplo, en el manejo de las inscripciones, el pago de las solicitudes, etc.), de modo que la compañía aseguradora pueda ser considerada como la aseguradora real. Los empleadores deben informar a las personas que se inscriben en el plan de salud si una compañía de seguros es realmente responsable de su seguro o solamente de la administración del plan. Si la compañía de seguros está únicamente administrando el plan, se trata de un plan autoasegurado. Los Departamentos de Trabajo y del Tesoro de EE.UU. regulan los planes autoasegurados de acuerdo con la ley ERISA; éstos no están sujetos a la ley estatal.

**Plan de salud colectivo totalmente asegurado:** plan de seguro médico que un empleador o sindicato le compra a una compañía de seguros, a una HMO o a un plan de servicio de atención médica. Los beneficios, las primas y los demás aspectos del plan están sujetos a la regulación del estado. Compare con el *plan de salud colectivo de empresas auto-aseguradas*.

**Plan de salud colectivo:** plan de beneficios del empleado que establece o mantiene un empleador o una organización de empleados (tal como un sindicato), o ambos, en la medida que el plan proporcione atención médica a los empleados o a las personas que dependen de éstos ya sea directamente o a través del seguro, de un reembolso o de otra manera.

**Planes de seguro para condiciones preexistentes:** programas estatales que ofrecen cobertura a las personas que no podían obtener cobertura debido a una condición preexistente. Estos programas dejaron de aceptar nuevas inscripciones en el año 2012. Finalizan en el año 2014 cuando las compañías de seguro tendrán que comenzar a cubrir a los adultos con condiciones preexistentes.

**SMM:** siglas en inglés para referirse al **Resumen de las modificaciones sustanciales** que es la información (con frecuencia se trata de un documento) que se exige que los empleadores proporcionen a los empleados. El SMM informa a los participantes y beneficiarios sobre “reducciones sustanciales en los servicios o beneficios cubiertos” (por ejemplo, reducciones en los beneficios o aumentos en los deducibles y copagos); por lo general, durante los 60 días siguientes a la implementación de los cambios.

**SPD:** siglas en inglés para referirse a la **Descripción resumida del plan** de la póliza del seguro médico.

# ¿Cómo obtener más información?

## Más información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

A continuación presentamos información que podría ser de su utilidad. Usted también puede ordenar copias gratis de nuestros documentos si llama a nuestra línea gratuita, 1-800-227-2345, o puede leerlos en nuestro sitio Web, [www.cancer.org](http://www.cancer.org).

### **Seguro médico**

Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer

La ley de atención médica: cómo puede ayudar a las personas con cáncer y a sus familias

¿Qué es COBRA?

*Medicare Part D: Things People With Cancer May Want To Know*

*Children Diagnosed With Cancer: Financial and Insurance Issues*

Cobertura de Medicare para la prevención y detección temprana del cáncer

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

### **Conservación de su empleo**

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades: información para personas con cáncer

Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

### **Aspectos financieros**

Programas de asistencia para medicamentos recetados

*How to Find a Financial Planner Sensitive to Cancer Issues: Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families*

Guía financiera para los sobrevivientes del cáncer y sus familias: pacientes en tratamiento

*Off Treatment: Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families*

*Financial Guidance for Cancer Survivors and Their Families: Advanced Illness*

*Can I Be Prepared If Cancer Occurs?: Financial Guidance for Those With Concerns About Cancer*

## **Cómo vivir con cáncer**

### *Patient's Bill of Rights*

Después del diagnóstico: una guía para los pacientes y sus familias

## **Organizaciones nacionales y sitios en Internet\***

Junto con la Sociedad Americana Contra El Cáncer, algunas otras fuentes de información y apoyo son:

### **US Department of Labor, Employee Benefits, Security Administration (EBSA)**

Teléfono sin cargos: 1-866-444-3272

Sitio Web: [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)

Cuenta con información sobre los requisitos de COBRA, FMLA, y HIPAA para cobertura de seguros ofrecida por los empleadores, planes autoasegurados e información para reservistas militares que deben separarse de sus empleos privados para prestar servicio activo

### **Cancer Legal Resource Center (CLRC)**

Teléfono sin cargos: 1-866-843-2572 (puede que requiera dejar un número para que le llamen posteriormente)

TTY: 213-736-8310

Sitio Web: [www.cancerlegalresourcecenter.org](http://www.cancerlegalresourcecenter.org)

Suministra información gratuita y confidencial, así como recursos sobre asuntos legales relacionados con el cáncer, incluyendo cobertura médica y denegación de beneficios, a sobrevivientes de la enfermedad, sus familiares, amigos, empleadores, profesionales de la salud y otras personas que afrontan el cáncer.

### **Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. (DHHS)**

Teléfono sin cargos: 1-877-696-6775

Sitio Web: [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) o [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov)

Para la información más actual sobre atención médica y legislación sobre seguros médicos, y cómo le podría afectar. El sitio Web principal del DHHS es [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov), el cual cuenta con más información general y normativa sobre la salud. Esta agencia federal tiene la responsabilidad de proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios humanos esenciales; ofrece información sobre los Centros para los Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y el Servicio de Salud Indígena (IHS)

## **National Association of Insurance Commissioners**

Teléfono sin cargos: 1-866-470-6242

Sitio Web: [http://naic.org/state\\_web\\_map.htm](http://naic.org/state_web_map.htm)

Cuenta con información sobre cómo encontrar su Oficina Estatal del Comisionado de Seguros, información sobre seguros y compañías de seguros, y cómo presentar un reclamo como consumidor ante los departamentos estatales de seguros

*\*La inclusión en esta lista no implica la aprobación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.*

Independientemente de quién sea usted, nosotros le podemos ayudar. Contáctenos en cualquier momento, durante el día o la noche, para obtener información y apoyo. Llámenos al **1-800-227-2345** o visítenos en [www.cancer.org](http://www.cancer.org).

## **Referencias**

Kaiser Family Foundation. Health Insurance Market Reforms: Pre-Existing Condition Exclusions. September 2012. Accessed at [www.kff.org/healthreform/upload/8356.pdf](http://www.kff.org/healthreform/upload/8356.pdf) on September 16, 2013.

Kaiser Family Foundation. Health Insurance Market Reforms – Explaining Health Care Reform: Questions About Health Insurance Subsidies. Accessed at <http://kff.org/health-costs/issue-brief/explaining-health-care-reform-questions-about-health/> on September 16, 2013.

US Department of Health & Human Services. Fact Sheet: The Affordable Care Act's New Patient's Bill of Rights, June 22, 2010. Accessed at [www.healthreform.gov/newsroom/new\\_patients\\_bill\\_of\\_rights.html](http://www.healthreform.gov/newsroom/new_patients_bill_of_rights.html) on September 16, 2013.

US Department of Health & Human Services. Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP), July 1, 2010. Accessed at [www.healthcare.gov/law/provisions/preexisting/index.html](http://www.healthcare.gov/law/provisions/preexisting/index.html) on November 8, 2012. Content no longer available.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. Compliance Assistance for Group Health Plans. HIPAA and Other Recent Health Care Laws. Accessed at [www.dol.gov/ebsa/publications/caghp.html](http://www.dol.gov/ebsa/publications/caghp.html) on September 16, 2013.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. Fact Sheet: The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Accessed at [www.dol.gov/ebsa/newsroom/fshipaa.html](http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/fshipaa.html) on September 16, 2013.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. FAQs About Portability of Health Care and HIPAA. Accessed at [www.dol.gov/ebsa/faqs/faq\\_consumer\\_hipaa.html](http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_consumer_hipaa.html) on September 16, 2013.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. Frequently Asked Questions about the HIPAA Nondiscrimination Requirements. Accessed at [www.dol.gov/ebsa/faqs/faq\\_hipaa\\_ND.html](http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_hipaa_ND.html) on September 16, 2013.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. Frequently Asked Questions about Portability of Health Coverage and HIPAA. Accessed at [www.dol.gov/ebsa/FAQs/faq\\_compliance\\_hipaa.html](http://www.dol.gov/ebsa/FAQs/faq_compliance_hipaa.html) on September 16, 2013.

US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration. Affordable Care Act. Accessed at [www.dol.gov/ebsa/healthreform/#acaimplementationfaqs](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/#acaimplementationfaqs) on September 16, 2013.

US Department of Labor. Health Plans & Benefits: Portability of Health Coverage (HIPAA). Accessed at [www.dol.gov/dol/topic/health-plans/portability.htm](http://www.dol.gov/dol/topic/health-plans/portability.htm) on September 16, 2013.

**Last Medical Review: 1/21/2014**

**Last Revised: 1/21/2014**

**2014 Copyright American Cancer Society**

For additional assistance please contact your American Cancer Society  
1-800-227-2345 or [www.cancer.org](http://www.cancer.org)