



cancer.org | 1.800.227.2345

Obtención de seguro médico en el trabajo

Si su empleador ofrece cobertura de salud, debe verificar las diferentes opciones para usted y los miembros de su familia (dependientes). No tema hacer preguntas. Es importante recordar que los empleadores pueden rechazar o restringir la cobertura por algunas razones. Pero, los empleadores y las aseguradoras de salud no pueden negar o restringir la cobertura debido a una condición de salud preexistente, como el cáncer. Además, no pueden limitar los beneficios para una condición preexistente. Una vez que esté cubierto por un plan de seguro, no se le puede negar cubrir el tratamiento para una condición preexistente.

¿Qué es un seguro de salud financiado por el empleador o un seguro de salud grupal?

Los planes de salud financiados por el empleador van dirigidos a beneficiar a grupos de personas. Por lo general, los planes médicos colectivos cubren a los empleados en una misma organización, y a menudo incluye a sus dependientes. Algunos empleadores pagan parte de las primas del seguro médico del empleado, las cuales son los pagos mensuales necesarios para continuar con la cobertura. Los sindicatos y otras organizaciones también pueden ofrecer seguro de salud grupal a sus miembros.

Cómo inscribirse en el seguro de salud en el empleo

Generalmente, puede inscribirse en un plan de salud para usted y sus dependientes cuando empieza con un nuevo empleo. Después de esto, a menudo es posible agregarse a sí mismo(a), así como a su cónyuge o hijo a la póliza de seguro de salud del empleo durante el periodo abierto de inscripción. La inscripción sucede una vez al año y dura entre una y dos semanas. Si no tiene certeza de cuándo se abre el periodo

de inscripción, pregunte al administrador del seguro de salud en el trabajo. Normalmente, la persona a cargo de esto pertenece al departamento de administración de beneficios (prestaciones) o el de recursos humanos.

Cambios en su situación

Usted también puede inscribirse para cobertura incluso fuera del periodo abierto de inscripción ya sea si usted o su cónyuge tuvo un evento significativo (refiérase a lista más adelante) que dio lugar a que usted o un miembro de la familia necesite cobertura médica. Consulte con el administrador del seguro de salud en su trabajo sobre su situación, y pregunte cómo puede inscribirse rápidamente.

Por lo general, usted tendrá la posibilidad de auto agregarse o de agregar a un dependiente a una póliza de seguro de salud del empleo sin requerir esperar por el periodo abierto de inscripción si usted necesita cobertura, siempre y cuando sea debido a que ocurrió cualquiera de los siguientes eventos:

- Contrajo matrimonio
- Legalmente se convirtió en separado o se divorció
- Usted o su cónyuge fue despedido o renunció al trabajo
- Usted o su cónyuge se retiró o se incapacitó
- El nacimiento de un bebé
- La adopción de un niño
- Su cónyuge perdió su plan médico debido al cambio de trabajo o ya no califica para el seguro en el trabajo
- La póliza de su cónyuge dejó de cubrirle a él o a ella
- Muerte de su cónyuge que resulta en pérdida del seguro que cubría a usted o a su hijo

Infórmese bien sobre cada uno de los planes de salud ofrecidos en el trabajo

Al considerar las [opciones de seguro médico y de administración de atención médica](#)¹, lea cuidadosamente la información que se provee para cada opción. Por lo general, se tiene la oportunidad de comparar distintos tipos de cobertura durante los periodos abiertos de inscripción. También puede pedir el Resumen de los beneficios del plan (SPB) a su administrador del seguro de salud en cualquier momento. El SPB consiste en una comparación fácil de leer sobre lo que cubre cada plan.

Es importante saber con antelación si el plan que está considerando es uno de los

planes de derechos adquiridos o un plan autoasegurado en el que la cobertura es limitada (por ejemplo, con límites anuales y exclusiones por condiciones preexistentes). Si cualquiera de estas aplica, puede que haya importantes límites en su cobertura. Consulte con el administrador de planes de atención médica en su trabajo antes de tomar una decisión. En ese momento, también puede preguntar si usted está considerando un plan de salud autoasegurado.

Los planes que cumplen con los requisitos de la Ley de Atención Médica Accesible (ACA) no permiten exclusiones de condición preexistente, límites anuales en la cantidad a cubrir ni a que le puedan cobrar más debido a sus problemas de salud.

Si usted o un dependiente tiene cáncer, resulta especialmente importante optar por un plan médico que mejor se ajuste a sus necesidades, y que no tenga un límite en lo que el seguro pagará. Al comparar planes médicos, considere un número de factores, incluyendo:

- ¿Cuáles son todos los beneficios cubiertos por el plan?
- ¿Cuáles son todos los costos asociados con el plan, incluyendo primas mensuales, deducibles, copagos y coaseguro?
- ¿Están sus proveedores de atención médica (médico de atención primaria, médicos que tratan el cáncer, centros de atención médica y especialistas) incluidos en la red de médicos y hospitales cubiertos por el plan?
- ¿Cuál es el límite de desembolso para usted o su familia? El límite de desembolso típicamente consiste en el dinero que usted paga por deducibles, copagos y coaseguro. A menudo no incluye servicios fuera de la red ni beneficios para la salud “no esenciales” o tratamientos que el plan no cubre.
- ¿Cubre el plan los medicamentos recetados?

¿Debo considerar una póliza individual?

En general, el seguro grupal financiado por el empleador es mejor para la mayoría de las personas que el seguro individual. Pero si usted sabe que la cobertura del seguro de su empleo costará más de 9.5% de su ingreso, puede que usted encuentre una mejor oferta en el mercado de seguros médicos de su estado.

¿Puedo obtener ayuda con las primas en el mercado de seguros médicos si no me inscribo en el plan de mi trabajo?

Algunas veces. Usted puede calificar para ayuda con las primas o demás gastos si

sus ingresos son bastante bajos. Si su cobertura individual en el trabajo cuesta 9.5% o menos de su ingreso familiar, usted puede adquirir un plan en el mercado de seguros médicos, pero no recibirá ayuda con las primas.

¿Puedo adquirir un plan en el mercado de seguros médicos si la cobertura para dependientes o familiares cuesta demasiado en el trabajo?

Sí. En ocasiones, a pesar de que la cobertura individual del empleado es de un costo accesible (cumple con no sobrepasar el límite del 9.5% de su ingreso), puede que no sea así para la cobertura de familiares y dependientes. En este caso, el empleado puede obtener su cobertura en el trabajo y comparar opciones en el mercado de seguros médicos para tratar de obtener la cobertura de bajo costo para la familia. Sin embargo, usted no será elegible para asistencia con las primas en la cobertura familiar.

Datos que usted necesita saber

- Usted o su cónyuge tiene que estar empleado
- Los empleados puedan obtener la cobertura del dependiente para incluir al cónyuge y a hijos hasta que cumplan 26 años
- El empleador puede pagar todo o parte de la prima y deducir la otra parte de la paga del empleado
- El empleado debe elegir un plan
- Los costos de la prima pueden ser altos, sobre todo para cobertura familiar
- Si perdió su seguro o hubo un evento significativo en su familia (refiérase a la lista anteriormente mencionada), a usted se le permitirá inscribirse fuera de los periodos abiertos de inscripción.
- Algunos planes financiados por el empleador no tienen que cumplir todos los requisitos (algunos tienen límites, periodos de exclusión por condiciones preexistentes u otros problemas)
- Si la cobertura basada en el empleador que le ofrecen es de primas muy altas comparado a lo que paga actualmente, puede que aún pueda calificar para buscar en el mercado de seguros médicos

Hyperlinks

1. <http://www.acscan.org/healthcare/learn/>
2. <http://www.dol.gov/ebsa>
3. <http://www.dol.gov/elaws/vets/userra/mainmenu.asp>
4. <http://www.healthcare.gov/>
5. <http://www.healthcare.gov/>
6. http://naic.org/state_web_map.htm
7. <http://www.patientadvocate.org/>
8. <http://www.cancerlegalresources.org/>
9. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Recursos adicionales

Junto con la Sociedad Americana Contra El Cáncer, las siguientes organizaciones también cuentan con información y recursos (información disponible en inglés):

US Department of Labor, Employee Benefits, Security Administration (EBSA) Toll-free number: 1-866-444-3272 Website: www.dol.gov/ebsa (<http://www.dol.gov/ebsa>)²

Information on employee benefit laws, including COBRA, FMLA, and HIPAA requirements of employer-based health coverage and self-insured health plans. Also has information on recent changes in health care laws. Information for military reservists who must leave their private employers for active duty can be found at: www.dol.gov/elaws/vets/userra/mainmenu.asp (<http://www.dol.gov/elaws/vets/userra/mainmenu.asp>)³

State Health Care Marketplaces – US Department of Health and Human Services Toll-free number: 1-800-318-2596 (also in Spanish) TTY: 1-855-889-4325 Website: www.healthcare.gov (<http://www.healthcare.gov>)⁴

Provides information on the new insurance law, takes you through the steps of finding insurance, and much more. If you don't have Internet access, the phone number will connect you with your state's marketplace.

US Department of Health & Human Services Website: www.healthcare.gov (<http://www.healthcare.gov>)⁵

For the most up-to-date information on health care and insurance laws and how they affect you

National Association of Insurance Commissioners Toll-free Number: 1-866-470-6242 Website: http://naic.org/state_web_map.htm (http://naic.org/state_web_map.htm)⁶

Offers contact information for your state insurance commission. You can contact your state insurance commission for insurance information specific to your state, or report problems with your insurance company

Patient Advocate Foundation (PAF) Toll-free number: 1- 800-532-5274
Website: www.patientadvocate.org (<http://www.patientadvocate.org/>)⁷

Works with the patient and insurer, employer and/or creditors to resolve insurance, job retention and/or debt problems related to their diagnosis, with help from case managers, doctors, and attorneys. For cancer patients in treatment or less than 2 years out of treatment

Cancer Legal Resource Center (CLRC) Toll-free number: 1-866-843-2572 (might need to leave a number for a call back) Website: www.cancerlegalresources.org (<http://www.cancerlegalresources.org/>)⁸

Provides free legal information about laws and resources for many cancer-related issues including health insurance issues, denial of benefits, and government benefits

**Inclusion on these lists does not imply endorsement by the American Cancer Society.*

Referencias

Healthcare.gov. *People with coverage through a job: If you have job-based insurance.* Accessed at <https://www.healthcare.gov/have-job-based-coverage/options/> on May 24, 2019.

US Department of Health and Human Services (USDHHS). *Pre-existing conditions.* Accessed at <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/pre-existing-conditions/index.html> on May 24, 2019.

Última revisión médica completa: mayo 13, 2019 Actualización más reciente: mayo 13, 2019

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor escriba a permissionrequest@cancer.org

<mailto:permissionrequest@cancer.org>)⁹.

cancer.org | 1.800.227.2345