

Usted y La Nueva Ley de Salud

¿De qué manera cambiarán sus beneficios de seguro de salud privado?

La nueva ley del cuidado de salud, **Affordable Care Act (ACA)**, por sus siglas en inglés fue adoptada en marzo del 2010. Hoy en día, partes de la ley ya están en vigencia y éstas afectan a casi todas las personas. La Health Foundation of Greater Cincinnati le ofrece información escrita a los consumidores sobre la nueva ley.

La ACA le causará varios cambios a la cobertura del seguro de salud privado entre hoy en día y el 2014. Puede que estos cambios ya estén afectando sus beneficios de salud.

Usted tiene un seguro de salud privado si:

- Lo tiene a través de su empleo
- Lo tiene a través de un sindicato laboral o una asociación profesional
- Lo compra usted mismo

Usted no tiene un seguro de salud privado si tiene:

- Medicare
- Medicare Advantage (a pesar de que es a través de una compañía de seguro de salud privada)
- Medicaid
- CHIP (Children's Health Insurance Program, Programa de Seguro de Salud Infantil)
- TRICARE (personal militar, jubilados militares, y sus familias)

Todos los cambios bajo la ACA se aplican a los planes de seguro de salud *nuevos*. Algunos de los cambios no se aplican a algunos de los planes antiguos llamados planes "**heredados**" o "**granfathered**." ¿Tenía usted su plan actual privado cuando se adoptó la ACA en marzo 23 del 2010?

- Si sí, usted tiene un plan que ha sido heredado
- Si no es así, usted tiene un plan nuevo

Un plan se mantendrá heredado y sin alterar con tal de que no ocurran cambios drásticos en sus términos o condiciones. Los cambios drásticos incluyen la reducción de beneficios o el aumento de los pagos por cuenta propia o de su bolsillo. Si usted tiene un plan heredado, puede que algunos de sus beneficios sean diferentes a aquellos según las reglas de la ACA para los planes de salud nuevos. Los planes deben informarle si son planes heredados y proporcionarle información sobre cómo obtener respuestas a todas sus preguntas.

Comuníquese con su empleo, sindicato o aseguradora si es que no está seguro y tiene alguna inquietud.

Para TODOS los planes privados – nuevos, heredados, y aquellos brindados a través de los empleos

Las compañías de seguros...

- NO pueden negarle cobertura a los niños de 19 años y menores, incluyendo a aquellos que sufren de problemas de salud
- NO pueden poner límites de por vida en beneficios esenciales de salud. Estos incluyen servicios de urgencias, cuidado de maternidad, medicamentos de receta, y servicios preventivos. Podrá encontrar una lista completa en www.healthcare.gov/glossary/e/essential.html
- Los límites anuales de los beneficios esenciales de salud no pueden ser:

Menos de:	Para los planes de años que inicien después del:
\$2 millones	22 de septiembre, 2012
Ilimitado	1 de enero, 2014

- DEBEN cubrir hijos adultos hasta los 26 años
 - Los planes heredados solamente deben cubrir a hijos adultos si ellos no pueden conseguir seguro a través de su propio empleo
- NO pueden negarle cobertura a padres de hijos que sufren de problemas de salud
- NO pueden cancelar su seguro si usted se enferma, a menos que usted haya mentido o cometido algún otro tipo de fraude cuando solicitó el seguro de salud
- DEBEN brindar una explicación estándar de los costos del plan para que le sea fácil comparar planes
- A partir del 2014:
 - NO podrán negarle cobertura a personas con problemas de salud
 - NO podrán tener un periodo de espera de más de 90 días para que inicie la cobertura

¿De qué manera cambiarán sus beneficios de seguro de salud privado? (continuado)

Usted...

- A partir de los inicios del 2013, no podrá contribuir más de \$2,500 al año una Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Account (FSA, por sus siglas en inglés), si es que usted tiene una.

Con planes de salud NUEVOS (Pero NO los planes heredados)

Aseguradoras...

- DEBEN cubrir el 100% de los costos de los servicios preventivos. Esto quiere decir que ellos no pueden cobrarle un co-pago, co-seguro, o hacer que usted pague todo su deducible antes de cubrir servicios como:
 - Exámenes físicos anuales
 - Pruebas de detección de cáncer de mama o de próstata
 - Inmunizaciones
- DEBEN informarle cuánto está pagando usted, y cuánto están pagando ellos por cada servicio
- A partir del 2014:
 - Deben cubrir los beneficios esenciales de salud
 - Solamente pueden cobrarle una prima más cara basado en:
 - El hecho de que usted esté comprando un seguro

individual o de familia

- Su edad
- Si usted fuma tabaco o no
- Dónde vive
- Deben brindarle seguro a todas las personas que lo soliciten
- Deben garantizarle que usted podrá renovar su seguro sin importar:
 - Los cambios en su salud
 - Cantidad de servicios de salud que haya usado

Usted...

- Tiene el derecho a apelar la decisión de su compañía de seguros:
 - Primero, a una junta de revisión interna
 - Segundo, a una parte tercera que es independiente en tomar sus decisiones
- NO PUEDE pagar sus medicinas de venta libre con su Cuenta de Reembolso de Salud/Cuenta de Ahorros, (Health Reimbursement/Savings Account, HRA, HSA, por sus siglas en inglés) o su FSA. Usted solamente podrá usar estos fondos para comprar medicamentos de receta.

La ACA también incluye cambios que varían dependiendo de si usted tiene su seguro a través de su trabajo o si usted lo paga personalmente:

Con el seguro a través de su trabajo:

Empleadores:

- DEBEN ofrecer seguro de salud si es que tienen más de 50 empleados
- PUEDEN reportar el valor del costo de su seguro de salud en su w-2 como ingreso libre de impuestos
- NO PUEDEN tener reglas que discriminen en contra de los empleados que ganen menos y a favor de los que ganan más
- Podrían recibir un subsidio gubernamental para cubrir parte del costo por brindarle seguro de salud a las personas jubiladas que no cumplan con los requisitos para recibir Medicare. Este es el Programa de Reaseguración para la Jubilación Temprana (Early Retiree Reinsurance Program) y durará hasta el 2014.
- Deben inscribir automáticamente a trabajadores nuevos si es que tienen más de 200 empleados en el 2014. Los empleados pueden elegir no tener su seguro a través de su empleo.

Aseguradoras:

- Deben gastar por lo menos el 85% de su prima en servicios médicos. Si gastan menos de esa cantidad, deben dar un reembolso. Lo anterior no aplica a los empleadores que tienen planes de seguro por cuenta propia (donde el empleador le paga a la compañía de seguros por todos los reclamos en vez de pagar una prima).

Con el seguro que usted mismo compre:

Aseguradoras:

- DEBEN gastar por lo menos el 80% de sus primas en servicios médicos. Si ellos gastan menos de esa cantidad, deben darle un reembolso.
- NO pueden cancelar su cobertura si usted se enferma, a menos que usted haya cometido fraude.

Este documento es el tercero de una serie desarrollada sobre la nueva Ley del Cuidado de la Salud – Affordable Care Act.

Para más información visite
reform.interactforhealth.org

Interact for Health, anteriormente llamado The Health Foundation of Greater Cincinnati, mejora la salud de las personas en el área de Cincinnati sirviendo como catalizador de la salud y el bienestar. Nosotros logramos nuestra misión principal promoviendo la vida sana a través de subvenciones, educación y normativas. Interact for Health es una organización sin fin de lucro que trabaja en 20 condados en Ohio, Kentucky e Indiana.

