



LAS 10

MEJORES MANERAS
DE HACER QUE SUS
BENEFICIOS DE SALUD
FUNCIONEN PARA USTED



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

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



La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo administra varias leyes importantes acerca de los beneficios de salud que cubren los planes de salud basados en los empleadores. Las leyes rigen sus derechos básicos a obtener información acerca de cómo funciona su plan de salud, cómo califica usted para los beneficios y cómo reclamar los beneficios.

Además, existen leyes específicas que protegen su derecho a beneficios de salud cuando usted pierde su cobertura o cambia de empleo. EBSA también supervisa las leyes de atención de salud recientemente aprobadas que cubren condiciones médicas especiales. Para obtener más información acerca de las leyes que protegen sus beneficios, visite el sitio Web de EBSA en dol.gov/ebsa. O llame gratis a la línea de ayuda de la agencia al **1-866-444-3272** para obtener el número de teléfono de una oficina regional cercana. Estos 10 consejos pueden hacer que sus beneficios de salud funcionen mejor para usted.

1. Explore sus opciones de cobertura de salud

Usted tiene diferentes opciones de cobertura de salud. Existen muchos tipos distintos de planes de beneficios de salud. Averigüe qué ofrece el empleador y luego consulte el plan (o los planes). La oficina de recursos humanos de su empleador, el administrador del plan de salud o su sindicato pueden proveer información para ayudarle a igualar sus necesidades y preferencias con los planes disponibles. O analice un

plan de salud a través del Mercado de seguros médicos. Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) para conocer las opciones de planes de salud disponibles en su área. *Obtenga información acerca de todas sus opciones y analícelas. Mientras más información tenga, mejores serán sus decisiones acerca de salud.*

2. Revise los beneficios disponibles

¿Los planes ofrecidos cubren los beneficios que a usted le resultan importantes, como los servicios de salud mental, la atención de bebés sanos y la cubierta dental y de visión? ¿Hay deducibles? ¿Cuáles son los costos de desembolso que deberá afrontar? Establezca sus necesidades y prioridades. Compare sus opciones antes de decidir qué cobertura elegir. *Igualando las necesidades suyas y de sus familiares resultará en los mejores beneficios posibles. Lo más económico puede no ser siempre lo mejor. Su meta es beneficios de salud de alta calidad.*

3. Lea el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés) para ver la cantidad de información que brinda

El administrador de su plan de salud deberá proporcionarle una copia. En ella se describen sus beneficios y derechos legales bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), la ley federal que protege sus beneficios de salud. También debería contener información sobre la cobertura de los dependientes, qué servicios requieren un copago o coseguro, y las circunstancias en las que su empleador puede modificar o cancelar un plan de beneficios de salud. También podrá encontrar muchas de las respuestas a sus preguntas en el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), un resumen breve y fácil de entender sobre los beneficios cubiertos por un plan y sus costos. Debe recibir una copia junto con el material de inscripción. *Guarde el SPD, el SBC, y todos los demás folletos y documentos del plan de salud, junto con los memorandos o correspondencia de parte de su empleador respecto a beneficios de salud.*

4. Use su cobertura de salud

Una vez que haya entrado en vigencia su cobertura de salud, utilícela para que lo ayude a cubrir los gastos médicos de servicios, como ir al médico, llenar una receta u obtener atención de emergencia.

Utilizando sus beneficios los ayudará a usted y a su familia a mantenerse saludables y a disminuir los costos de atención médica. La Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) otorga diversas protecciones valiosas para las personas inscritas en los planes de salud basados en el empleo, incluida la prohibición de exclusiones de condiciones preexistentes y de límites anuales y de por vida en la cobertura de beneficios de salud esenciales. Además, muchos planes cubren determinados servicios preventivos en forma gratuita, incluidas las vacunas de rutina, las visitas regulares para la atención de bebés y niños sanos, las evaluaciones de presión arterial, diabetes y colesterol, y varios estudios para detectar el cáncer. También puede incluir a sus hijos en su plan de salud hasta los 26 años de edad. *Aproveche al máximo sus beneficios, especialmente la atención preventiva gratuita si su plan la cubre. Si se le exigiera que pague un costo compartido para un servicio preventivo, consulte la Explicación de beneficios y asegúrese de que el proveedor haya facturado el servicio adecuadamente.*

5. Comprenda la cobertura de uso de sustancias y salud mental de su plan

Muchos planes de salud ofrecen cobertura de beneficios de salud mental y trastornos de uso de sustancias. Si el plan ofrece estos beneficios, los requisitos financieros (tales como los copagos y los deducibles) y los límites cuantitativos a los tratamientos (como los límites a las visitas) para los beneficios de salud mental y de trastorno de uso de sustancias no pueden resultar más restrictivos que los requisitos financieros o los límites a los tratamientos que se aplican a los beneficios médicos/quirúrgicos. Los planes tampoco pueden imponer límites anuales y de por vida en la cantidad de dólares de los servicios de salud mental y trastornos de uso de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento. *Algunos planes cubren servicios preventivos como pruebas de detección de depresión y evaluaciones de comportamiento infantil en forma gratuita. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre la cobertura de su plan.*

6. Busque programas de bienestar

Más empleadores están implementando programas de bienestar que alientan a los

empleados a ejercitarse, dejar de fumar y generalmente adoptar estilos de vida más sanos. La ley HIPAA y la ACA exortan a los planes de salud grupal a adoptar programas de bienestar, pero también incluye protecciones para los empleados y dependientes de la discriminación prohibida basada en un factor de salud. Estos programas a menudo brindan recompensas como ahorros de costos y también promueven la buena salud. *Consulte el SPD o el SBC para saber si su plan ofrece programas de bienestar. Si su plan los ofreciera, consulte qué recompensa se ofrece y qué tiene que hacer para recibirla.*

7. Sepa cómo presentar una apelación si le deniegan su reclamo por beneficios de salud

Entienda los procedimientos del plan

para presentar un reclamo por beneficios y sepa dónde presentar apelaciones de las decisiones del plan. Preste atención a los plazos de tiempo: asegúrese de presentar los reclamos y las apelaciones oportunamente y asegúrese de que el plan tome las decisiones en el momento adecuado. Mantenga registros y copias de la correspondencia.

Verifique su paquete de beneficios de salud y su SPD para determinar quién es responsable de encargarse de los problemas con los reclamos por beneficios. Comuníquese con EBSA para obtener asistencia si no puede obtener una respuesta a su queja.

8. Evalúe su cobertura de beneficios según cambia su situación familiar

El matrimonio, el divorcio, el nacimiento o la adopción, la muerte del cónyuge,

y el hecho de alcanzar la mayoría de edad establecida para el plan de un padre son acontecimientos que indican la necesidad de realizar un cambio en sus beneficios de salud. Es posible que usted, su cónyuge y sus hijos dependientes cumplan con los requisitos para obtener una inscripción especial en la cobertura de salud de otro empleador o a través del Mercado de seguros médicos.

Aun sin acontecimientos que cambian las circunstancias de la vida, la información que le proporciona su empleador deberá decirle cómo puede usted cambiar de beneficios o cambiar de plan. *Si analiza la posibilidad de obtener una inscripción especial, hágalo rápidamente. Tiene un plazo de 30 días de la fecha del acontecimiento para solicitar la inscripción especial en la cobertura de otro empleador; o bien, un plazo de 60 días para elegir un plan del Mercado.*

9. Tenga en cuenta que un cambio en su condición laboral y otros acontecimientos relacionados con el trabajo pueden afectar sus beneficios de salud

Si cambia de empleador o pierde su empleo, es posible que necesite buscar otra cobertura de salud. Si tiene un nuevo empleo, analice la posibilidad de inscribirse en el plan de su nuevo empleador. Si comienza un empleo nuevo o pierde su empleo, es posible que cumpla los requisitos para la inscripción especial en el plan patrocinado por el empleador de su cónyuge o a través del Mercado de seguros médicos. En virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (mejor conocida como la ley COBRA, por sus siglas en inglés) es posible que usted, su cónyuge y sus hijos dependientes con cobertura cumplan los requisitos para continuar con la cobertura del plan patrocinado por su empleador anterior. Esta cobertura es temporaria (generalmente dura de 18 a 36 meses) y es posible que deba pagar el costo completo de la prima y un 2 por ciento de gastos administrativos. *Obtenga información sobre sus opciones de cobertura y compárelas. Tenga en cuenta las fechas límite para tomar una decisión sobre la cobertura y averigüe cuándo entrará en vigencia la nueva cobertura.*

10. Haga planes para su jubilación

Antes de jubilarse, averigüe qué beneficios de salud, si los hubiere, se extienden a usted y a su cónyuge durante sus años de jubilación. Consulte con la oficina de recursos humanos de su empleador, su sindicato o con el administrador del plan. Verifique su SPD y otros documentos del plan. Asegúrese de que no haya información contradictoria entre estas fuentes acerca de los beneficios que recibirá o las circunstancias bajo las cuales los mismos pueden cambiar o eliminarse. Con esta información a la mano, usted podrá tomar otras decisiones importantes, tales como averiguar si es elegible para cobertura de salud a través de Medicare y Medigap. Si desea jubilarse antes de cumplir los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y su empleador no brinda beneficios de salud cuando se jubila, analice qué hará para obtener cobertura de salud. Entre las opciones que podría tener se incluyen inscribirse en el plan del empleador de su cónyuge o en un plan del Mercado; o bien, continuar temporalmente con la cobertura de su empleador mediante la elección de la cobertura de COBRA.

La planificación de su jubilación incluye planificar su cobertura de salud para esa etapa de la vida. Para saber más al respecto, lea Cómo resolver el misterio de la planificación de su jubilación.

Estas leyes pueden ayudar

- **La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados** – Ofrece protecciones a las personas inscritas en planes de jubilación, salud y otros beneficios patrocinados por empleadores del sector privado, y provee derechos a información y un proceso de reclamos y apelaciones para que los participantes obtengan beneficios de sus planes.
- **La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio** – Crea el Mercado de seguros médicos y otorga protecciones para una cobertura de salud basada en el empleo, incluidas la ampliación de la cobertura de dependientes hasta los 26 años de edad; la prohibición de exclusiones de condiciones preexistentes y la prohibición de límites anuales y de por vida en la cobertura de beneficios de salud esenciales.
- **La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria** – Contiene disposiciones que otorgan a ciertos ex-empleados, personas jubiladas, cónyuges e hijos dependientes el derecho a comprar continuación temporal de la cobertura del plan de salud grupal con tarifas grupales en casos específicos.
- **La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud** – Permite que los empleados, sus cónyuges y sus dependientes se inscriban en una cobertura de salud provista por el empleador, independientemente de los períodos de inscripción abierta, si pierden la cobertura o en caso de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. También prohíbe la discriminación en la cobertura de salud.
- **La Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer** – Ofrece protecciones para pacientes con cáncer de seno que eligen la reconstrucción de los senos en conexión con una mastectomía.
- **La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres** – Provee reglas acerca del nivel mínimo de cobertura para las estadías en el hospital después de dar a luz.
- **La Ley de No Discriminación de Información Genética** – Prohíbe la discriminación en primas de planes de salud grupales basado en información genética. Asimismo, prohíbe, en general, que planes de salud grupales soliciten información genética o exijan pruebas genéticas.

• **La Ley de Igualdad en la Salud Mental y Equidad de Adicciones y la Ley de**

Igualdad en la Salud Mental – Exige la paridad en exigencias financieras y limitaciones de tratamiento para beneficios de salud mental/uso de sustancias con respecto a los correspondientes a beneficios médicos/quirúrgicos.

• **La Ley de Reautorización de Programa de Seguro de Salud para Menores** – Permite la inscripción especial en un plan de salud grupal si un empleado o dependientes pierden la cobertura bajo CHIP o Medicaid o son elegibles para asistencia con las primas bajo dichos programas.

Para averiguar más...

Para ver los siguientes folletos, visite el sitio Web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en dol.gov/ebsa. Para solicitar copias, o para solicitar la ayuda de un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a askebsa.dol.gov o llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272**.

- Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA
- Cobertura de jubilación y atención de salud... Preguntas y respuestas para trabajadores desplazados
- Los cambios de vida requieren tomar decisiones médicas...Conozca sus opciones de beneficios
- Los cambios de condición laboral requieren hacer elecciones médicas...Proteja sus derechos
- Cómo resolver el misterio de la planificación de su jubilación
- Can the Retiree Health Benefits Provided by Your Employer Be Cut?
- Your Health Plan and You – Know Your Health Coverage Protections
- Your Genetic Information and Your Health Plan – Know the Protections Against Discrimination

También puede visitar el sitio Web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. en CuidadoDeSalud.gov o llamar al **1-800-318-2596**. Allí podrá obtener más información acerca de los planes del Mercado, qué cubren y cómo realizar una solicitud.



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Diciembre 2014