



HEALTH EDUCATION AND ADVOCACY UNIT

200 ST PAUL PLACE, BALTIMORE, MD 21202 | PH. 410-528-1840 1-877-261-8807 TOLL-FREE

Conozca sobre...

Los nuevos tipos de protección al consumidor bajo laLey del Cuidado de Salud a Bajo Precio ...*Proteger su elección de proveedores de servicios**de salud*

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio elimina las barreras del plan de salud entre usted y su médico.

Lea más a continuación y en www.CuidadoDeSalud.gov.

¿Cómo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio preserva mi elección de médicos?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece nuevas protecciones importantes en muchos planes. Garantiza que usted pueda elegir el médico de atención primaria o el pediatra que desee de la red de proveedores del plan de salud. Garantiza que pueda ver un obstetra/ginecólogo (un especialista en cuidados de obstetricia o ginecología) sin un referido de otro médico. La ley también garantiza que pueda solicitar atención de emergencia en un hospital fuera de la red de su plan sin la aprobación previa de su plan de salud.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio es el nombre que se da a la ley de reforma integral del seguro médico, aprobada el 23 de marzo de 2010.

¿Qué significa esto para mí?

Usted elige el médico: Las nuevas regulaciones le permiten elegir cualquier proveedor de cuidado primario participante como su médico de cuidado primario. Puede elegir cualquier pediatra participante que se

encuentre disponible como el médico de cuidado primario de sus hijos.

Ninguna barrera del plan de salud para los servicios de obstetricia/ginecología: Las nuevas regulaciones también prohíben que los planes de salud exijan una referencia antes de solicitar atención de un médico especialista en obstetricia o ginecología (OB-GYN) participante.

Acceso a los servicios de salas de emergencias fuera de la red: Antes, algunos planes de salud limitaban el pago de servicios de salas de emergencia fuera de la red de proveedores del plan, o exigían que usted solicitara autorización previa antes de recibir atención de emergencia en los hospitales que no pertenecían a sus redes. Esto implicaba dificultades financieras si usted contraía una enfermedad o sufría una lesión estando lejos de casa. Las nuevas normas generalmente impiden que los planes de salud tengan mayores copagos o coseguros por servicios recibidos en salas de emergencias fuera de la red de su plan.

Las nuevas reglas también prohíben que los planes de salud soliciten autorización previa

antes de buscar servicios de salas de emergencias de un proveedor o un hospital fuera de la red de su plan.

NOTA: Si bien el plan de salud está obligado a reembolsar a la sala de emergencia una cantidad razonable, aún así usted podría ser responsable de la diferencia entre el importe facturado por el proveedor de servicios de la sala de emergencias de fuera de la red y la cantidad pagada por su plan de salud.

¿Sabía usted que..?

Las personas que tienen un proveedor de cuidados de salud primario regular:

Tienen el doble de probabilidades de recibir la atención médica preventiva recomendada

Son menos propensas a ser hospitalizadas

Están más satisfechas con el sistema de salud

Tienen costos más bajos

¿Estos tipos de protección para los pacientes se aplican a mi plan de salud?

Estas normativas se aplican a todos los planes de salud grupales basados en el empleador y a todas las pólizas de seguro médico individual que se creen después del 23 de marzo de 2010.

Estas protecciones **podrían no aplicarse** a los planes de salud grupales basados en el empleador y a todas las pólizas de seguro médico individual que ya existían antes del 23 de marzo de 2010, ya que estas pueden ser “de derechos adquiridos” o estar exentas de algunas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a fin de garantizar que las personas que gustan de su cobertura actual pueden mantenerla. Su póliza o plan de salud debe revelar en sus materiales de plan si se considera a sí mismo como un plan de

derechos adquiridos, y también debe informar a los consumidores cómo ponerse en contacto con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (para los consumidores con planes de salud grupales basados en el empleador), o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (para aquellos con pólizas de seguro de salud individual) para obtener más información.

¿Cuándo se implementarán estos tipos de protección?

Si su plan no es “de derechos adquiridos” (véase más arriba), estas protecciones le afectarán al iniciar un nuevo “año de plan” o “año de póliza” después del 23 de septiembre de 2010.

Un **año de plan** es un período de 12 meses de cobertura de beneficios, el cual puede no corresponder al año calendario. Este período es llamado **año de póliza** para las pólizas de seguro médico individuales. Para averiguar cuándo comienza su año de plan o póliza, puede revisar los documentos de su plan o póliza o ponerse en contacto con su empleador o asegurador. Por ejemplo: si su plan tiene un año de plan calendario, las nuevas normas se aplicarían a su cobertura a partir del 1 de enero de 2011.

¿Qué otras medidas de protección ofrece la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio a los consumidores?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio incluye muchas medidas de protección al consumidor que se aplican a la mayoría de las coberturas médicas, a partir del 23 de septiembre de 2010. Éstas incluyen reglas que:

- Prohíben a los planes y a las compañías de seguros negar cobertura a niños menores de 19 años debido a

una condición de salud preexistente.

- Prohíben a los planes y aseguradores retirar su cobertura en base a un error involuntario en una solicitud.
 - Permiten a los consumidores agregar o mantener a los niños en su plan o pólizas de salud hasta los 26 años.
 - Evitan que los aseguradores fijen límites anuales y de por vida en dólares en su cobertura.
- Exigen que los planes provean los servicios de prevención recomendados sin los requisitos de costos compartidos.
 - Lo ayudan para que reciba el máximo valor por los dólares de su prima.
 - Garantizan su derecho a apelar ante una entidad independiente cuando su plan rechaza el pago de un servicio y tratamiento.

Visite www.CuidadoDeSalud.gov para conocer más sobre la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y cómo aprovechar las opciones de cuidados de salud.



UNIDAD DE APOYO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD
OFICINA DEL FISCAL GENERAL DE MARYLAND
DIVISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
TELÉFONO (410) 528-1840 OR 1 (877) 261-8807 (TEL. GRATUITO)
WWW.OAG.STATE.MD.US/CONSUMER/HEAU.HTM