Eliminación de límites anuales y de por vida

- Todos los planes de salud tienen prohibido poner límites de por vida en dólares a los beneficios "esenciales" cubiertos.
- La ley dispone el retiro pawantino de los limites anuales de "beneficios esenciales" en todos los planes excepto para poliza's de seguros de salud particulars "con derechos adquiridos", especificando que ninguno de ellos puede establecer limites anuales en dolares para la mayoria de los beneficios menores que.
  - $750,000 por año de plan o año de póliza que comience el a partir del 23 de septiembre de 2010 inclusive, pero antes del 23 de septiembre de 2011.
  - $1.25 millones por año de plan o año de póliza que comience a partir del 23 de septiembre de 2011 inclusive, pero antes del 23 de septiembre de 2012.
  - $2 millones por año de plan o año de póliza que comience a partir del 23 de septiembre de 2012 inclusive, pero antes del 1 de enero de 2014.
- No se permiten límites anuales en dólares para la mayoría de los beneficios cubiertos a partir del 1 de enero de 2014.

información importante

- Los planes de salud pueden poner un límite anual en dólares y un límite de por vida en dólares a los gastos por beneficios de salud que no son "beneficios esenciales para la salud", en los términos de la ley.
- Algunos planes o pólizas pueden ser elegibles para una exención a las normas concernientes a límites anuales en dólares restringidos. Para conocer los planes con exenciones otorgadas, consulte hss.gov/ociio/regulations/patient/appapps.html

Apelaciones y quejas contra el plan de salud

- Los usuarios de planes de salud tienen derecho a presentar quejas o apelaciones cuando el plan deniega el pago de un tratamiento o de un servicio. Los prestadores desempeñan un papel importante en este proceso (ver la sección siguiente).
- Las apelaciones deben tener respuesta en los siguientes plazos:
  - 72 horas para denegación de atención urgente.
  - 30 días para denegación de atención que no sea urgente y que todavía no se haya recibido.
  - 60 días para denegación de servicios que ya se hayan recibido.
- Si el plan de salud insiste en la denegación del beneficio, debe proveer información sobre cómo puede el usuario solicitar una revisión externa.
- Las apelaciones externas se deben presentar dentro de los 120 días de recibir notificación escrita del plan de salud del usuario indicando que se han agotado todos los procesos internos del plan para apelaciones.

Para mayor información, ingrese a ct.gov/oha –Resources– o a healthcare.gov
Para solicitar ayuda, llame a la Office of the Healthcare Advocate (Oficina del Defensor de la Atención de Salud), al teléfono 1.866.HMO.4446

Rol de los prestadores en el proceso de apelación

- Los registros de los prestadores constituyen una parte importante de los procesos de apelación relacionados con tratamientos, servicios o beneficios.
- Los prestadores pueden ayudar a los pacientes para que la apelación sea más efectiva, si escriben una carta al plan de salud en la que expliquen las razones por las que un tratamiento, servicio o beneficio es médicamente necesario para su paciente.
- En algunos casos, los prestadores pueden llamar por teléfono al plan de salud a fin de tratar una apelación, o se les puede solicitar que asistan a una revisión externa en representación de su paciente.
- Para obtener copias de la Guía para el usuario sobre apelaciones externas (External Appeal Consumer Guide) y de la Solicitud de apelación externa (External Appeal Application), llame al CT Department of Insurance (Departamento de Seguros de Connecticut) al teléfono 860.297.3910.
- Los prestadores pueden aconsejar a sus pacientes que se dirijan a la Oficina del Defensor de la Atención de Salud a fin de solicitar ayuda para el proceso de apelación.

información importante

- Los usuarios de planes de salud que no hablen inglés pueden obtener información en su idioma sobre las apelaciones.

OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT

Obtenga ayuda. Llame al 1.866.HMO.4446
Servicio gratuito del estado de Connecticut. www.ct.gov/oha

OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT

AFFORDABLE CARE ACT
(Ley de atención médica asequible)

AYUDE A SUS PACIENTES A RECIBIR LA ATENCIÓN QUE NECESITAN
INFORMACIÓN PARA PRESTADORES

■ ayuda para entender las disposiciones de la ley de atención médica asequible

Los hijos jóvenes pueden afiliarse o seguir en el plan de sus padres hasta los 26 años

Los hijos adultos menores de 26 años pueden afiliarse o seguir en el plan de salud de sus padres, estén o no comprendidos en los siguientes casos:

- Sean casados.
- Vivan con sus padres.
- Asistan a la escuela.
- Sean económicamente dependientes de sus padres.
- Sean elegibles para inscribirse en los planes de sus empleadores, con una excepción temporaria: Hasta 2014, los planes de grupo "con derechos adquiridos". No tienen obligación de ofrecer cobertura a dependientes de hasta 26 años si el joven adulto es elegible para obtener cobertura de grupo fuera del plan de sus padres.

información importante

- Los planes de salud "con derechos adquiridos" están exentos de algunas disposiciones de la ley. Si un plan de salud proporcionado por el empleador o una póliza de seguro médico individual existían o se adquirieron hasta el 23 de marzo de 2010 inclusive, algunas de las disposiciones de la nueva ley no se aplican. La póliza del plan de salud debe declarar en los documentos del plan si es un plan "con derechos adquiridos", y también debe informar a los usuarios con quién deben comunicarse para obtener más información.

Para mayor información, ingrese a ct.gov/oha –Resources– o a healthcare.gov
Para solicitar ayuda, llame a la Oficina del Defensor de la Atención de Salud, al teléfono 1.866.HMO.4446

Los hijos menores de 19 años están protegidos

- Los planes de salud ya no pueden excluir de los beneficios ni limitárselos o denegárselos a los hijos menores de 19 años por haber tenido una enfermedad preexistente antes de solicitar la cobertura.
- Esta norma rige desde el momento en que comienza un nuevo "año de plan" o "año de póliza" de una persona, a partir del 23 de septiembre de 2010 inclusive.

información importante

- Esta norma no rige para pólizas de seguro individual "con derechos adquiridos", que se hayan comprado hasta el 23 de marzo de 2010 inclusive.
- Estos beneficios se extenderán a todos los estadounidenses de todas las edades, con enfermedades preexistentes a partir de 2014.

Mantenimiento de la elección del médico y garantía de la atención de emergencia

- Los usuarios de planes de salud tienen garantizado el derecho a elegir el médico o el pediatra de atención primaria que deseen, dentro de la red de prestadores del plan de salud.
- Las usuarias de planes de salud no necesitan una derivación para consultar a un especialista en ginecología y obstetricia.
- Los usuarios pueden acceder a salas de emergencia fuera de la red. Los planes de salud no pueden cobrar precios compartidos más altos (copagos o coseguros) por servicios de salas de emergencia obtenidos fuera de la red del plan.
- No obstante, los usuarios pueden ser responsables de pagar la diferencia entre el monto que facture el prestador por servicios de sala de emergencia fuera de la red y el monto que paga el plan de salud.

información importante

- Estas normas no rigen para planes de salud "con derechos adquiridos".
- Si su plan no tiene derechos adquiridos, estos derechos comienzan cuando el usuario inicia un nuevo año de plan o año de póliza a partir del 23 de septiembre de 2010 inclusive.

Acceso a servicios asequibles de atención preventiva

- Los usuarios de planes de salud que tienen pólizas emitidas con posterioridad al 23 de marzo de 2010 tienen acceso a servicios preventivos clave sin que se les cobren copagos, coseguros o deducibles, siempre que recurran a prestadores de la red del plan.
- Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:
  - Control de presión arterial, análisis de diabetes y colesterol.
  - Muchos exámenes de detección de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopías.
  - Asesoramiento en temas como dejar de fumar, bajar de peso, comer de manera saludable, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol.
  - Vacunas de rutina contra enfermedades como sarampión, poliomielitis o meningitis.
  - Vacunas contra la gripe y la neumonía.
  - Consultas, exámenes y vacunas para un embarazo saludable.
  - Consultas periódicas de bebé sano y niño sano, desde el nacimiento hasta los 21 años

información importante

- Los planes de salud individuales o proporcionados por el empleador que existían o se adquirieron hasta el 23 de marzo de 2010 inclusive son planes "con derechos adquiridos" y por lo tanto, están exentos de esta disposición.
- Si el servicio "preventivo" no es el motivo principal de la visita al consultorio, el plan de salud puede requerir a los usuarios que paguen parte del costo de esa visita.

Los consumidores pueden tener otros derechos según las leyes de Connecticut. Llame a OHA para determinar si su paciente tiene derechos del cuidado de la salud adquiridos en Connecticut.

OHA
Office of the Healthcare Advocate
STATE OF CONNECTICUT