



**Conozca sobre...**

## **Los nuevos tipos de protección al consumidor bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio**

### ***Agregue a sus hijos adultos a su plan de salud***

**La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio permite que muchos adultos jóvenes permanezcan en el plan de cuidados de salud de sus padres hasta la edad de 26 años.**

**Lea más a continuación y en [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov).**

#### **¿Qué significa este cambio para mi hijo?**

Antes de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los planes de salud podían excluir a los hijos inscritos en el plan de sus padres, al convertirse éstos en adultos (normalmente a los 19 años de edad, a veces mayores, en el caso de ser estudiantes a tiempo completo). Esto dejaba a muchos graduados universitarios y otros sin seguro.

En la actualidad, la mayoría de los planes de salud que cubren hijos deben tener disponible la cobertura para los hijos hasta los 26 años. Al permitirles mantener el plan de su padre o madre, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio hace más fácil y costeable para los adultos jóvenes obtener o mantener cobertura de seguro de salud.

**La Ley del Cuidado de Salud es el nombre que se da a la ley de reforma completa del seguro médico, aprobada el 23 de marzo de 2010.**

#### **¿Esta regla se aplica a mi plan?**

La regla afecta a los planes que ofrecen cobertura a hijos dependientes. Se aplica a cualquier póliza que usted adquiera de forma individual, para usted y su familia. Además se aplica a todos los planes de empleadores, con una excepción temporal: hasta 2014, algunos planes

de empleadores anteriores a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio no están obligados a permitir que los hijos adultos permanezcan en el plan de sus padres hasta la edad de 26 años, si dichos hijos cuentan con otra oferta de cobertura a través de un empleador. A partir de 2014, los hijos de hasta 26 años de edad pueden permanecer en los planes de empleadores de sus padres, aún cuando tengan otra oferta de cobertura a través de un empleador.

#### **¿Cuándo comienza a regir esta regla?**

Las compañías de seguros deben cubrir a los adultos jóvenes para los “años de planes” y “años de pólizas” a partir 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 regulaciones se aplicarían a su cobertura a partir del 1 de enero de 2011.

**¿Mi hijo debe vivir conmigo o depender financieramente de mí para ser elegible?**

No. Su hijo adulto puede unirse o permanecer en su plan, ya sea que esté o no casado, viva con usted, esté en la escuela o dependa financieramente de usted.

**¿Cuándo puedo agregar a mi hijo adulto a mi plan?**

Los planes y compañías emisoras deben brindar la oportunidad al hijo que califique de inscribirse (lo que tarda a lo menos 30 días) y enviar un aviso escrito de dicha oportunidad, a más tardar el primer día del primer año de plan o póliza, a partir del 23 de septiembre de 2010. Los adultos jóvenes y sus padres sólo deben inscribirse y pagar por esta opción.

**¿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:

- Evitan que las compañías de seguro se nieguen a brindar cobertura a hijos menores de 19 años debido a una afección preexistente.
- Prohíben a los aseguradores retirar su cobertura en base a un error involuntario en una solicitud.
- Protegen su libertad para elegir al proveedor de servicios de salud y su acceso a atención de emergencia.
- 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](http://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.