

### **¿Puede mi patrón negarse a darme seguro médico si tengo alguna condición médica pre-existente?**

No, pero las condiciones médicas pre-existentes pueden ser excluidas por un período de hasta 12 ó 18 meses. HIPAA (La ley de seguro médico portable y de responsabilidad de 1996) (the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) es una ley federal que limita la cantidad de tiempo que una póliza de seguro médico de grupo puede negar cobertura por condiciones pre-existentes. HIPAA permite que la gente que está cambiando de trabajo pueda unirse al plan de seguro médico de su nuevo patrón sin un período de exclusión o con un período corto. HIPAA lo hace más fácil para que usted pueda conseguir seguro médico para condiciones médicas pre-existentes. Sin embargo, no requiere que los patronos ofrezcan seguro médico o den ningún beneficio específico y no pone límite a los gastos de las primas de seguros.

### **¿Qué es una condición médica pre-existente?**

Una condición pre-existente es una condición de salud/médica que usted tenía antes de unirse al plan de salud nuevo. Bajo HIPAA, se pueden excluir condiciones de salud/médicas sólo si los consejos médicos, el diagnóstico o el tratamiento fue recomendado o recibido 6 meses antes de unirse al plan nuevo. Aun en ese caso, la condición se puede excluir por un período limitado de tiempo (hasta 12 ó 18 meses).

Bajo HIPAA, el embarazo no es una condición pre-existente y los recién nacidos y los niños acabados de adoptar no se pueden considerar como que tienen condiciones pre-existentes mientras participen en un plan de salud 30 días después de haber nacido o de haber sido adoptados.

### **¿Durante cuánto tiempo puede una compañía de seguros excluir la cobertura por condiciones pre-existentes?**

El período de exclusión por una condición médica pre-existente puede durar hasta 12 meses después de la fecha

en la que se unió al plan. (Sin embargo, si usted no se une al plan de salud nuevo tan pronto como pueda, se le considera tarde (late enrollee) y el período de exclusión puede durar hasta 18 meses). Una de las mejores características de HIPAA es que el período de exclusión se reduce por el número de meses de cobertura de seguro médico que usted tuvo. Usted debe haber tenido una cobertura acreditada “creditable coverage” sin una interrupción importante “significant break” en cobertura. Esto significa que si usted tuvo otro seguro médico durante los últimos 12 meses (o 18 meses para los que se unen tarde), su plan nuevo no se puede negar a cubrir condiciones pre-existentes. Si usted tuvo seguro médico para menos de 12 meses, la duración de esa cobertura reducirá la cantidad de tiempo que usted no tendrá cobertura de condiciones pre-existentes.

Por ejemplo, si usted tuvo seguro médico durante los últimos 4 meses antes de que su nueva cobertura empezara, esos 4 meses contarán para la exclusión de 12 meses de condiciones pre-existentes y usted tendrá que esperar sólo 8 meses para que sus condiciones pre-existentes sean cubiertas.

### **¿Qué es una interrupción importante (“significant break”) en la cobertura?**

Una interrupción importante en la cobertura es cuando usted ha estado sin seguro médico durante 63 días o más. Si usted ha tenido una interrupción importante en la cobertura, la cobertura que usted tenía antes de la interrupción no cuenta como crédito contra la exclusión por tener una condición pre-existente. Por ejemplo, si usted tuvo seguro médico a través de un patrón por 12 meses y entonces no tuvo seguro por 3 meses, usted tuvo una interrupción importante. Entonces usted no puede contar los 12 meses del seguro anterior contra el período de exclusión de su póliza nueva. Su patrón aun le debe dar seguro, pero su condición médica no se puede excluir durante 12 meses.

### **¿Qué cuenta como cobertura acreditada?**

La mayoría de coberturas de cuidados médicos cuenta. Esto incluye planes de salud de grupo, cobertura de COBRA, cobertura de HMO, pólizas individuales de seguro médico, Medicaid, Medicare y cobertura militar. No incluye la cobertura que es sólo para un tipo de beneficio, como cobertura de visión o dental sólo. Además, tampoco incluye el período de espera para un plan de salud nuevo. Sin embargo, el período de espera no cuenta como una interrupción importante en la cobertura.

### **¿Cómo pruebo que antes tenía cobertura acreditada?**

Bajo HIPAA, los planes de salud le deben de dar a usted (y cualquiera de sus dependientes que tienen cobertura) un documento que dice la cantidad de cobertura acreditada que usted ha ganado. Les exigen que le den a usted este documento en momentos determinados. Estos casos incluyen:

- Cuando usted pierde cobertura bajo ese plan (por ejemplo, cuando usted cambia de empleo o su patrón cambia a un plan de salud nuevo).
- Cuando usted es elegible para escoger cobertura de COBRA y otra vez cuando su cobertura de COBRA se acaba.
- Cuando usted lo pida, gratis, antes de perder cobertura o hasta 24 meses después de perder la cobertura

Cuando usted reciba un certificado de cobertura, usted debería de examinarlo con cuidado para asegurarse de que es correcto. Si no es correcto, usted debería de ponerse en contacto con el administrador del plan para que lo corrijan y le den uno nuevo. Usted lo necesitará si se une a un plan nuevo y quiere establecer su cobertura acreditada para evitar un período de exclusión. Un error de un día simplemente, puede ser importante, así es que usted debería pedir que corrijan todos los errores.

### **¿HIPAA previene la discriminación médica?**

En algunos casos, sí. Establece que no se puede excluir de cobertura a las personas bajo las reglas de un plan de salud de grupo y que no se puede cobrar más por beneficios de salud por tener condiciones mentales o físicas, experiencias anteriores de reclamaciones de seguro, un historial anterior de cuidados médicos, su historial médico, su información genética o prueba de incapacidad. Tampoco se puede pedir que una persona se haga un examen físico para calificar para un plan médico de grupo.

### ¿Me puedo unir al plan de seguro médico de mi patrón en cualquier momento?

No. Los patronos normalmente tienen sólo ciertas fechas en las cuales usted puede unirse a un plan de seguro médico. Sin embargo, HIPPA requiere que el patrón de permiso para unirse al plan por matrimonio, nacimiento, adopción o si usted perdió la cobertura del seguro médico bajo otro plan.

### ¿Qué pasa si tengo un problema?

HIPPA proporciona tres maneras diferentes de tratar los problemas y las quejas. Si usted tiene un problema, usted puede:

1. Presentar una queja al departamento de seguros de Indiana (Indiana Department for Insurance).
2. Presentar una queja al departamento de trabajo de los Estados Unidos (US Department of Labor).
3. Contratar a un abogado e iniciar su propia denuncia contra el plan médico de grupo.

### ¿Dónde puedo conseguir más información?

Usted puede ponerse en contacto con el departamento de trabajo de los Estados Unidos (US Department of Labor) en el 1-800-998-7542 y pedir un panfleto gratis titulado "Preguntas y respuestas: Cambios recientes en la ley de cuidados médicos" ("Questions and Answers: Recent Changes in Health Care Law"). Usted puede conseguir más información en el internet en:

[www.dol.gov/dol/topic/healthplans/portability.htm](http://www.dol.gov/dol/topic/healthplans/portability.htm)

Usted puede ponerse en contacto con el departamento de seguros de Indiana (Department of Insurance) en el 1-800-622-4461. Usted puede recibir más información del departamento de seguros de Indiana y rellenar un formulario de quejas en el [www.in.gov/idoi/](http://www.in.gov/idoi/).

Revisado por última vez 03/2003

Código especial: 1030803

### PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA AYUDA LEGAL, LLAME AL ILS INTAKE:

#### ***Bloomington:***

1-877-323-6260 ó

1-812-339-7668

#### ***Evansville:***

1-877-323-6260 ó

1-812-426-1925

#### ***Fort Wayne:***

1-877-323-6260 ó

1-260-424-9155

#### ***Gary:***

1-219-886-3161

#### ***Hammond:***

1-219-853-2360

#### ***Indianapolis:***

1-800-869-0212 ó

1-317-631-9410

#### ***Lafayette:***

1-800-382-7581 ó

1-765-423-5327

#### ***New Albany:***

1-800-892-2776 ó

1-812-945-4123

#### ***South Bend:***

1-800-288-8121 ó

1-574-234-8121

# Seguro médico y condiciones pre-existentes

Preparado por: Servicios Legales de Indiana, Inc.

La producción de este panfleto se hizo posible gracias a una ayuda de la Fundación del Colegio de Abogados de Indiana (Indiana Bar Foundation).

Este panfleto es para información sólo. NO es un consejo legal. Para recibir consejo legal, consulte con un abogado privado o con un abogado de la oficina de servicios legales más cercana.

Las leyes y la política cambian. Por favor consulte la fecha en la que se revisó el panfleto para asegurarse de que la información está al corriente.

ESTA INFORMACION ESTA  
DISPONIBLE EN EL INTERNET

[www.indianajustice.org](http://www.indianajustice.org)

**Español 1-877-323-6260**