

Información actualizada sobre seguro médico: Protecciones para personas con diabetes



La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), aprobada en el 2010, incluye varios cambios para que más personas y familias tengan acceso a seguro médico y cobertura de bajo costo. Las personas con diabetes se benefician de las protecciones del seguro y de las nuevas oportunidades de cobertura.

Protecciones del seguro de salud

Cobertura para las personas con diabetes: Desde el 2014, los planes proporcionados a través del empleo y los nuevos planes individuales no pueden negar cobertura, cobrar más ni rehusarse a cubrir tratamientos debido a una enfermedad preexistente, como la diabetes.

Cobertura para adultos jóvenes: Los adultos jóvenes pueden quedarse en el plan de seguro médico de sus padres hasta los 26 años, siempre que la póliza cubra dependientes.

Atención preventiva gratuita: Se requiere que la mayoría de los planes de atención médica proporcionen ciertos servicios de salud sin cargo alguno, con el fin de prevenir enfermedades. Estos incluyen exámenes de despistaje de diabetes para adultos con presión alta; exámenes de colesterol; exámenes y terapia para casos de obesidad; despistaje de diabetes para mujeres embarazadas; y algunos servicios preventivos para niños. Ciertos servicios preventivos también son gratis para las personas con Medicare, entre ellos, terapia médica sobre nutrición para personas con diabetes y una visita anual de bienestar para crear (o actualizar) un plan personal de prevención.



Beneficios esenciales de salud: Una lista mínima de “beneficios esenciales de salud” como hospitalización, medicamentos de venta con receta, servicios preventivos y manejo de enfermedades crónicas debe estar cubierta en todos los nuevos planes individuales y de grupos pequeños (incluyendo todos los planes vendidos en el nuevo Mercado de Seguros Médicos) desde el 2014.

.....**Consejo:** *Estos beneficios específicos y lo que usted paga en cada una de estas categorías puede variar según el estado y el plan. Cuando compare seguros médicos, es importante que pregunte si el plan cubre los suministros para diabéticos, servicios y medicamentos de venta con receta que usted necesita, y el costo. Estudie todos los costos, como los deducibles y los co-pagos para las visitas médicas y los medicamentos recetados que necesita.*

Eliminación de los límites anuales en beneficios esenciales de salud: La mayoría de los planes de salud no pueden establecer un límite máximo de gastos en “beneficios esenciales de salud” para el cuidado de una persona durante un año.

Eliminación de los límites a la cobertura por paciente: Los planes de seguro médico no pueden fijar un monto máximo que la compañía de seguros va a gastar en “beneficios esenciales de salud” durante la vida de una persona que está inscrita en ese plan.

Límites al costo de medicamentos para personas con Medicare: Los beneficiarios de Medicare que compran medicamentos de venta con receta médica cuyo alto costo los pone en el rango sin cobertura (también llamado “el agujero de dona”) reciben un descuento de 52.5% en medicamentos de marca cubiertos mientras estén en el rango sin cobertura en el 2014 y un 55% de descuento en el 2015. Las personas recibirán en el 2015 un 45% de descuento en medicamentos genéricos mientras se encuentran en el periodo de falta de cobertura, conocido en inglés como “coverage gap”. Habrá ahorros adicionales cada año para las personas en el rango sin cobertura hasta el 2020, en que este rango ya no existirá.

Resumen de beneficios y cobertura: Las personas tienen el derecho de recibir un resumen en lenguaje simple llamado Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage o SBC), sobre los beneficios del plan médico para ayudarlos a entender mejor la cobertura del plan y poder compararlo con otros. Los planes deben proporcionar el SBC cuando la persona está en el proceso de buscar seguro médico, cuando hay un cambio considerable en los

beneficios o en cualquier momento que la persona lo pida. El SBC debe incluir un ejemplo de cobertura general para el control de la diabetes de tipo 2. Este ejemplo permite ver de un vistazo cuánto pagaría el plan médico para un paciente típico con diabetes de tipo 2. El ejemplo no calculará los costos específicos del control de su diabetes, pero ayudará a comparar diferentes planes. Las personas también pueden solicitar una copia del glosario de términos usados en la cobertura de salud. Las personas que no hablan inglés deben de poder obtener el SBC y el glosario en su lengua materna, si así lo solicitan.

Nuevas opciones de cobertura

Nuevos mercados donde comprar seguro médico: Un nuevo Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace) está disponible en cada estado, donde las personas, familias y pequeñas empresas podrán comprar seguro médico. Los planes en el Mercado de Seguros Médicos deben cumplir con ciertos requisitos de beneficios, protecciones al consumidor y costo para el consumidor. El período de inscripción empieza el 15 de noviembre, 2014 y termina el 15 de febrero, 2015, y habrá un período de inscripción cada año, en el otoño. Personas capacitadas llamadas “Navegadores” y otros ayudantes estarán disponibles para ayudar a las personas a comprender sus opciones de cobertura y el proceso de inscripción. La ayuda se da en persona, por teléfono y por Internet, y está disponible en varios idiomas.

Para mayor información sobre el Mercado de Seguros Médicos y los Navegadores y otros ayudantes en su estado, llame al 1-800-318-2596 o visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>. La Asociación Americana de la Diabetes también tiene una

hoja informativa sobre los nuevos Mercados de Seguro Médico que puede encontrar en www.diabetes.org/HealthInsuranceMarketplaces o llamando al 1-800-DIABETES (342-2383).

Ayuda financiera: Habrá ayuda financiera disponible para individuos y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingreso a fin de que el seguro médico sea de menor costo en el Mercado de Seguros Médicos, siempre que no califiquen para cobertura a través del empleo u otros tipos de cobertura.

Expansión de Medicaid: Cada estado decide si extiende la elegibilidad para Medicaid a personas con ingresos de hasta 138% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$16,105 para una persona y \$32,913 para una familia de cuatro en el 2014.)

Obligación a que los individuos tengan seguro de salud

Desde enero del 2014, la mayoría de las personas deben tener seguro médico con lo que se considera “cobertura esencial mínima” o calificar para una exención. De lo contrario, la persona deberá pagar una multa tributaria durante el siguiente año. Los planes comprados en el Mercado de Seguros Médicos, así como la cobertura a través del empleo, Medicare, Medicaid, los programas estatales de seguro médico infantil (Children’s Health Insurance Programs o CHIP), TRICARE, el programa de cuidado de salud para veteranos, y algunos otros planes cumplen con este requisito. Si se considera que la persona no puede pagar el seguro médico, dicha persona califica para una exención de la multa tributaria. Para mayor información sobre el requisito de seguro médico individual visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>.

Dónde encontrar más información

Para mayor información sobre estas protecciones y programas de seguro, llame al 1-800-318-2596 o visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>.

Para mayor información sobre el Mercado de Seguros Médicos y los Navegadores y otros ayudantes en su estado, llame al 1-800-318-2596 o visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>. Hay ayuda disponible en varios idiomas llamando al 1-800-318-2596. La Asociación Americana de la Diabetes también tiene una hoja informativa sobre el nuevo Mercado de Seguros Médicos en www.diabetes.org/HealthInsuranceMarketplaces o llamando al 1-800-DIABETES (342-2383).

También puede contactarse con el Departamento de Seguros de su estado para solicitar información sobre los requisitos de seguro y protecciones al consumidor en su estado. Para información sobre los departamentos de seguro de los estados visite: www.naic.org/state_web_map.htm.

Algunos estados tienen Programas de Asistencia al Consumidor que ofrecen ayuda directa a las personas con problemas o preguntas sobre su seguro médico. Estos programas también lo ayudan a presentar una apelación cuando su aseguradora le niega un reclamo. Vea si su estado tiene un programa de asistencia al consumidor aquí: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/how-can-i-get-consumer-help-if-i-have-insurance/>.