

Un Mayor Entendimiento

Seguros médicos para jóvenes adultos: por qué lo necesita y cómo puede conservarlo



PAF Patient Advocate Foundation

Solving Insurance and Healthcare Access Problems | since 1996

Un Mayor

Entendimiento

La Fundación De La Defensa del Paciente

■ Nuestra Misión

La Fundación de la Defensa del paciente es una organización nacional no lucrativa que sirve como enlace activo entre el paciente y la aseguranza, empleador y acreedores para resolver problemas de seguro, discriminación laboral o crisis de deudas a través de manejadoras de caso, doctores y abogados. La Fundación Defensora del Paciente protege a los pacientes a través de mediación efectiva asegurando el acceso al cuidado de salud, mantener el empleo, y estabilidad financiera.

Notas de los editores:

El presente folleto es el once de una serie creada por Patient Advocate Foundation, Inc. La información que se presenta surge como respuesta a las preguntas más frecuentes de los pacientes. El objetivo es brindar respuestas generales e informativas. Las circunstancias, consultas o problemas pueden variar en función de los hechos y situaciones concretas de cada individuo.

■ **Publicaciones de Patient Advocate Foundation**

■ ***Guía de respuestas sobre atención administrada***

Disponible en inglés y en español

■ ***El amigo del paciente***

Disponible en inglés y en español

■ ***Guía para el proceso de apelaciones***

Disponible en inglés y en español

■ ***Primero mi enfermedad... ahora la discriminación en el trabajo: pasos para su solución***

Disponible en inglés y en español

■ ***Guía nacional de recursos económicos para los pacientes: directorio estado por estado, segunda edición***

■ ***La historia de Chelsey: una paciente que intenta resolver sus problemas con el seguro y la visita legislativa a Washington***

■ ***Folleto de la serie “Una mayor comprensión”:***

1) Ayuda económica e intervención en problemas de deudas

2) Definición de los cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR)

3) Interpretación de la explicación de beneficios (EOB)

4) Discapacidad de la seguridad social (SSDI) vs. Ingresos de seguridad complementarios (SSI) y asignaciones subsecuentes

5) Descubra su papel como voluntario

6) Seguros médicos para jóvenes adultos: por qué lo necesita y cómo puede conservarlo.

Disponible en inglés y en español Si desea obtener más información sobre cualquiera de estas publicaciones, comuníquese con nuestras oficinas o visite nuestro sitio Web en www.patientadvocate.org



■ **HLey de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés)**

Proporciona protección para los beneficiarios cubiertos por los planes de seguro médico de grupo. HIPPA:

- Limita las exclusiones por condiciones preexistentes
- Prohíbe la discriminación contra los empleados y sus dependientes por su estado de salud
- Garantiza la renovación y disponibilidad de la cobertura médica para determina dos empleados e individuos

Para tener protección en los términos de la HIPPA no puede haber un intervalo o interrupción de cobertura de más de 63 días.

Una vez que un miembro ya no está cubierto por un plan, recibirá un certificado de cobertura que servirá como comprobante para el nuevo asegurador. Si desea obtener más información sobre la protección que le asegura HIPAA, visite el sitio de web <http://www.dol.gov/dol/topic/health-plans/portability.htm>

Ley COBRA , Ley consolidada ómnibus de reconciliación del presupuesto

Los empleadores con más de 20 empleados o su equivalente en los 12 meses anteriores deberán ofrecer una continuación de la cobertura en los términos de la ley COBRA a aquellos beneficiarios que cumplan con los requisitos (beneficiario calificado). Se entiende por beneficiario calificado a cualquier individuo que esté cubierto por el plan el día anterior al suceso que le permite cumplir los requisitos para continuar con la cobertura. Cada uno de los beneficiarios puede seleccionar COBRA de manera independiente. Para saber más acerca de los derechos que tiene en los términos de la COBRA, visite el sitio de web

<http://www.dol.gov/dol/pwba>. puede seleccionar COBRA de manera independiente. Para saber más acerca de los derechos que tiene en los términos de la COBRA, puede visitar.

Al graduarse del bachillerato, los jóvenes estadounidenses tienen un mundo por delante con una multitud de decisiones qué tomar y de decisiones qué hacer. Cuando a un paciente joven se le diagnostica una enfermedad progresiva como el cáncer, pierda muchas posibilidades de elegir. Puede sentir que el futuro se ha decidido sin su intervención y que ya no tiene opciones. Un estudiante que continúa su educación a nivel universitario puede sentir que necesita dejar las clases para volver a su hogar y obtener tratamiento para su afección. Hay que tener presente que las herramientas de diagnóstico y las opciones de tratamiento mejoran constantemente y esto permite que los estudiantes puedan seguir evolucionando en su educación. Un área importante que debe atenderse de inmediato es la cobertura de atención médica. Si uno estaba anteriormente

cubierto bajo el plan de uno de sus padres, es posible que ya no califique según las definiciones del plan al perder la situación de dependiente en los términos de las reglas del plan (el paciente ya no es un estudiante de tiempo completo). Si está cubierto por un plan de estudiantes hasta terminar el college o la universidad, sigue sin cumplir con este requisito de elegibilidad. El obstáculo que debe atenderse de inmediato es la conservación u obtención de cobertura de salud para un tratamiento médico necesario. El desafío a largo plazo es conservar la cobertura de atención médica para las posibles necesidades futuras. Existen sistemas de protección y recursos para los pacientes, quienes, con la información necesaria, podrán evitar las situaciones que los prive de la atención médica necesaria.

Un estudiante cubierto por el plan de su padres es elegible para obtener cobertura bajo la ley COBRA si pierde su situación como dependiente, tal como se define en el plan. En los términos de la ley COBRA, el beneficiario y su situación determinarán durante cuánto tiempo estará disponible la cobertura COBRA. Si el beneficiario pierde la situación de dependiente podrá seguir gozando de los beneficios de COBRA durante 36 meses. La prima de la cobertura COBRA es más costosa en la medida en que el empleador ya no aporta su porción del plan. Por tanto, el paciente tendrá que pagar hasta el 102% (100% del costo de la prima y 2% de cuota de administración) de la prima. Es posible que parezca una suma muy elevada, sin embargo, el costo del tratamiento superaría en gran medida el costo de una prima COBRA. Algunos estados tienen beneficios de pago de primas de seguro médico en los términos de su programa de Medicaid. Si una persona es elegible para obtener cobertura en los términos del plan COBRA, el estado puede proporcionar beneficios en la forma de pagos de primas y permitirle a la persona conservar su cobertura actual en lugar de

recibir beneficios de Medicaid. Para saber si su estado ofrece este beneficio, comuníquese con su oficina local de Medicaid.

Contar con una cobertura confiable es una preocupación para cualquier persona, pero para un paciente que padece una enfermedad progresiva es esencial. En los términos de la Ley HIPA, los beneficiarios cubiertos por seguros médicos de grupo están a salvo. Un estudiante deberá ser diligente en la conservación de su cobertura de seguro médico de grupo. Bajo planes privados o individuales, el asegurador puede imponer una exclusión total de afecciones preexistentes de cualquier situación que sea consecuencia de su diagnóstico crítico. Si tiene dudas acerca de su cobertura, consulte con un administrador profesional de casos de Patient Advocate Foundation al número gratuito 1-800-532-5274 o visite nuestro sitio Web www.patientadvocate.org

Las personas que actualmente no tienen cobertura de seguro médico y necesitan servicios médicos deben comunicarse con su departamento de salud local. Los pacientes diagnosticados mediante programas bajo los Departamento de Salud, pueden tener derecho a cobertura inmediata mediante programas de reembolso estatales o federales.

Para aquellos pacientes que enfrentan un diagnóstico crítico, especialmente si son muy jóvenes, puede resultarles casi imposible contar con una cobertura médica y entender todas las opciones que hay a su disposición. Patient Advocate Foundation ofrece servicios directos a los pacientes mediante administradores profesionales de casos que ayudan a los pacientes a sortear todos los obstáculos de seguros que puedan enfrentar. Los servicios y publicaciones de la PAF se ofrecen sin cargo para los pacientes.

■ **Regale una promesa de esperanza Organice**

“Una promesa de esperanza” Maratón de caminata en su comunidad en el año 2004. Llame al 1-800-532-5274 para obtener más detalles.

■ **Done una “Promesa de esperanza”**

- Acciones que se han apreciado y que ha poseído durante al menos un año.
- Millas de viajero frecuente y privilegios similares de tarjetas de crédito u otros programas de reembolso.
- Regalo de un niño para un niño: ayude a sus hijos o nietos a elegir un muñeco de peluche o un juguete para dárselo a un niño que esté en el hospital.
- Tiempo: sea voluntario de Patient Advocate Foundation

Conviértase en asociado en acción mediante una “Promesa de esperanza” monetaria

- Done una aporte deducible de impuestos en memoria de alguien especial o en su honor.
- Promueva que la compañía u organización en la que está empleado haga una aporte similar al suyo.
- Plantéese la posibilidad de hacer una donación incluso si no tiene efectivo, con sus tarjetas VISA o MasterCard.
- Recuerde a Patient Advocate Foundation en su testamento. Publicaciones de

Patient Advocate Foundation

400 Butler Farm Road
Hampton, VA 23666

Telefono: 1-800-532-5274

Fax: 757-873-8999

Correo Electrónico: info@patientadvocate.org

Pagina de la red: www.patientadvocate.org

Publicación # 11 10/2007