

23 de noviembre de 2010

3 Resumen: Estatus Protegido *Grandfather* bajo CA

- La Ley de Protección al Consumidor y Cuidado Médico Asequible (ACA por sus siglas en inglés) requiere que las aseguradoras y auspiciadores del plan que modifiquen su cubierta para cumplir con las nuevas reformas significativas al mercado de seguros, muchas de las cuales son efectivas el primer año del plan (año póliza para pólizas individuales) en o después del 23 de septiembre de 2010.
- ACA protege a ciertos planes que existían en la fecha de promulgación de cumplir con algunos de los requisitos de la reforma para el mercado de seguros.
- Generalmente, un plan protegido estará exento de ciertas provisiones de ACA para la reforma del mercado de seguros, incluyendo (pero no limitado a) los requisitos relacionados a cuidado preventivo, revisión interna y externa, no discriminación basada en ingreso, costo compartido y deducibles, emisión/renovación garantizada y restricciones en la tarificación.
- Los planes protegidos no están exentos de los requisitos relacionados a los límites anuales y de por vida, extensión de cubierta para dependientes hasta los 26 años de edad, rescisión de cubierta, exclusiones por condiciones preexistentes, reportes de Razón de Pérdida Médica, Resúmenes de Beneficios utilizando las definiciones uniformes del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) periodos de espera y los mandatos individuales y patronales.

Definición de un Plan Protegido

- Para ser un plan protegido, la póliza o plan de salud grupal debe haber tenido por lo menos un individuo inscrito en la cubierta para el 23 de marzo de 2010 y la póliza o plan debe haber cubierto a alguien continuamente desde el 23 de marzo de 2010 (aunque no sean los mismos individuos).
- Cualquier póliza, certificado o contrato de seguro (versus renovación) emitido después del 23 de marzo de 2010 no está protegido.
Ejemplo: Un plan asegurado A cambia de la aseguradora X a la aseguradora Z después del 23 de marzo de 2010 – el plan se convierte en no protegido.
- Cualquier póliza de seguro vendida a nuevas entidades o individuos después del 23 de marzo de 2010 no estará protegida, aun si el producto se ofrecía en el mercado grupal o individual antes del 23 de marzo de 2010.
- Si los miembros de la familia de un individuo que está inscrito en un plan protegido el 23 de marzo de 2010 se inscriben en un plan después del 23 de marzo de 2010, el plan o cubierta de seguro de salud también es un plan de salud protegido en relación a los miembros de la familia.

Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.

- Un plan de salud grupal que proveyó cubierta para el 23 de marzo de 2010 generalmente es un plan de salud protegido con relación a nuevos empleados (ya sean recién contratados o recién inscritos) y sus familias que se inscribieron en el plan de salud protegido después del 23 de marzo de 2010.

Cambios permitidos – No se pierde estatus de plan protegido

- Cambios a la póliza o la prima del plan
- Cambios requeridos para cumplir con la ley federal o estatal
- Cambios para cumplir voluntariamente con las provisiones de ACA o para aumentar beneficios
- Cambios al administrador externo (Third Party Administrator, TPA por sus siglas en inglés) del plan
- Cambios a la estructura financiera del plan, por ejemplo, cambiar de un arreglo de salud por reembolso a una cubierta de gastos médicos mayores, o de cubierta asegurada a autoasegurada
- Cambios a la red de proveedores
- Cambios al formulario de medicamentos recetados

Cambios no permitidos – causarán la pérdida del estatus de plan protegido

- Eliminación de un beneficio particular: una póliza o plan perderá su estatus de plan protegido si elimina todos o sustancialmente todos los beneficios para diagnosticar o tratar una condición particular (incluyendo un elemento necesario para diagnosticar o tratar la condición).
- Aumento en el requisito del por ciento de costo compartido: cualquier aumento en el requisito del por ciento de costo compartido (como el coaseguro).
- Aumento en la cantidad fija del requisito de costo compartido que no sea un copago: cualquier aumento en la cantidad fija del requisito de costo compartido aparte del coaseguro (como un deducible o un límite “out-of-pocket”) que exceda la inflación médica más un 15%.
- Aumento en la cantidad fija del copago: cualquier aumento en la cantidad fija del copago que exceda lo mayor a: (A) \$5 x (1+inflación médica) o (B) inflación médica más el 15%.
- Disminución en la tasa de contribución del patrono (tasa de contribución basada en el costo de la cubierta): cualquier disminución en la tasa de contribución basada en el costo de cubierta por un patrono que exceda el 5%.
- Disminución en la tasa de contribución del patrono (tasa de contribución basada en una fórmula): cualquier disminución en la tasa de contribución basada en una fórmula (como toneladas de carbón extraído u horas trabajadas) por un patrono que exceda el 5%.
- Adición o disminución de un límite anual: cualquier adición de un límite anual al plan.

Requisitos administrativos

Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.



- Para mantener el estatus de plan protegido, el plan o cubierta de seguro de salud debe:
 - Incluir una declaración, en cualquiera de los materiales del plan provistos a los participantes que describa los beneficios bajo el plan o cubierta de seguros de salud, en el que el plan o la aseguradora considera que es un plan protegido.
 - Proveer información de contacto para preguntas y quejas.
 - Las aseguradoras y los planes deben mantener expedientes que documenten los términos de la póliza o el plan que estaban en efecto el 23 de marzo de 2010 y otros documentos necesarios para verificar, explicar o clarificar su estatus como plan protegido.
 - La aseguradora o el plan debe tener los expedientes disponibles de ser solicitados.

Reglas de transición

- Para los planes que ya habían hecho cambios previo a la publicación de la regulación el 14 de junio de 2010, aplican las siguientes reglas de transición:
 - **Cambios adoptados previo al 23 de marzo de 2010:** una póliza o un plan no perderá su estatus de plan protegido basado en cambios que de otra manera causarían la pérdida de dicho estatus, si tales cambios se adoptaron antes del 23 de marzo de 2010 (*aun* si son efectivos después del 23 de marzo de 2010) en tanto dichos cambios fueran adoptados consecuente con un contrato legal, solicitud de seguro o enmienda al plan por escrito.
 - **Cumplimiento de buena fe:** para los cambios del plan adoptados después del 23 de marzo de 2010 pero antes de la emisión de la Regla, que “sólo excedan modestamente” los parámetros establecidos por la regla, las agencias “tomarán en cuenta los esfuerzos de buena fe para cumplir con una interpretación razonable de ACA” para decidir si dichos cambios han causado que la póliza o plan pierda su estatus de plan protegido.
 - **Periodo de gracia:** para cambios más significativos a una póliza o plan adoptados después del 23 de marzo de 2010 pero antes de la emisión de la Regla, que contravengan los parámetros establecidos por la Regla, la aseguradora o el auspiciador del plan puede revocar dicho cambio al primer año del plan comenzando en o después del 23 de septiembre de 2010 y no perderá su estatus como plan protegido. Si dichos cambios no son revocados o modificados, el plan perderá su estatus de plan protegido.

Plan de MCS

- Proveer asistencia administrativa e inteligencia a los corredores, agentes, patronos y participantes del plan para facilitar la efectividad y el cumplimiento con la implementación de las disposiciones sobre estatus protegido.
- Para detalles, favor de consultar a su ejecutivo de cuenta.

Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.



Este documento se desarrolló para proveer información útil a los patronos, agentes y corredores, proveedores y suscriptores. Sin embargo, esta comunicación no constituye cualquier tipo de consejería legal, ni sustituye la opinión de cualquier profesional que se consulte.

