

15 de diciembre de 2010

4 Resumen: Protecciones al Paciente bajo ACA

- Los Departamentos de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés), Trabajo y de Tesorería publicaron una regulación en referencia a varias provisiones de ACA.
- La nueva regulación incluye requisitos relacionados a exclusiones por condiciones preexistentes, límites anuales y de por vida en el valor monetario, rescisiones, selección de proveedores y cubierta de servicios de emergencia.
- La mayoría de los requisitos en la nueva regulación aplican a planes de salud asegurados y autoasegurados para los años plan o póliza comenzando en o después del 23 de septiembre de 2010 (seis meses después de la promulgación de la ley).
- A continuación se resumen los requisitos principales bajo ACA en las áreas mencionadas previamente.

Exclusiones por condiciones pre-existentes

Nueva regulación

- Todos los planes de salud grupales y aseguradoras de salud que ofrecen cubierta de planes individuales o grupales de salud no deben imponer exclusiones por condiciones pre-existentes o discriminar en contra de aquéllos que hayan estado enfermos en el pasado.

Aplicabilidad

- Aplica a los planes protegidos, no protegidos, asegurados y autoasegurados (cubierta individual y grupal).

Fechas importantes

- Con relación a los hijos menores de 19 años de edad, esta provisión es efectiva para los años plan comenzando en o después del 23 de septiembre de 2010.
- Este requisito se extiende a todos los otros individuos cubiertos bajo el plan para los años plan que comienzan en o después del 1 de enero de 2014.

Plan de Acción de MCS

- Cumplir con los requisitos para que le apliquen a las pólizas.

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.

- Elegibilidad de cubierta para asegurados principales mayores de 19 años, en las pólizas individuales.

Límites anuales y de por vida en dólares

Nueva regulación

- Se le prohíbe a todos los planes establecer límites de por vida y anuales en el valor monetario de los beneficios.
- Prohíbe que los planes de salud grupales y aseguradoras de salud impongan límites anuales en el valor monetario de los beneficios para cualquier participante o beneficiario, efectivo para los años plan comenzando en o después del 1 de enero de 2014.
- Durante el periodo de transición un plan de salud grupal o aseguradora de salud puede imponer un límite anual restringido en el valor monetario de beneficios de salud esenciales.
- Los límites anuales en el valor monetario de beneficios de salud esenciales no pueden ser menores a las siguientes cantidades:
 - Para los planes o años póliza comenzando en o después del 23 de septiembre de 2010 pero antes del 23 de septiembre de 2011: \$750,000;
 - Para los planes o años póliza comenzando en o después del 23 de septiembre de 2011 pero antes del 23 de septiembre de 2012: \$1,250,000;
 - Para los planes o años póliza comenzando en o después del 23 de septiembre de 2012 pero antes del 1 de enero de 2014: \$2,000,000; y
 - Para los planes o años póliza comenzando en o después del 1 de enero de 2014: se eliminan los límites.
- La regulación también provee que estos límites anuales restringidos puedan ser dispensados por el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés), si el cumplimiento con las regulaciones interinas finales podría resultar en una disminución significativa en el acceso a los beneficios o un aumento significativo en la prima.
- **Los Beneficios de Salud Esenciales** incluyen por lo menos las siguientes categorías generales y servicios cubiertos dentro de las categorías:
 - Servicios ambulatorios
 - Servicios de emergencia
 - Hospitalizaciones
 - Maternidad y cuidado del recién nacido
 - Salud mental y servicios por abuso de sustancias, incluyendo tratamiento de salud conductual

- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación
 - Servicios de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de condiciones crónicas
- Servicios pediátricos, incluyendo cuidado oral y de visión

Aplicabilidad

- Aplica a planes autoasegurados y asegurados. Las reglas de límites de por vida aplican a todos los planes protegidos y no protegidos. Las reglas de límites anuales aplican a planes grupales protegidos y no protegidos, pero no aplican a las pólizas individuales protegidas. Las pólizas individuales protegidas pueden imponer límites anuales.

Fechas importantes

- Prohibición de límites de por vida: comenzando el 23 de septiembre de 2010.
- Restricciones en los límites anuales: comenzando el 23 de septiembre de 2010 – prohibidos en el 2014.

Plan de Acción de MCS

- Eliminar los límites de por vida activos en los beneficios. Algunos se le aplicará la restricción de límites anuales permitida para los beneficios esenciales.
- Eliminar los límites anuales activos en los beneficios, según requiere la ley.
- Aplicar la dispensa aprobada el 24 de septiembre de 2010, por el Departamento de Recursos y Humanos para las cubiertas de farmacia que tienen límite máximo anual (que incluyen medicamentos de marca). Para las cubiertas de farmacia con medicamentos genéricos solamente, se elimina el límite.

Restricciones en las rescisiones de cubierta

Nueva regulación

- Bajo la regulación, a las aseguradoras y a los planes se le prohíbe rescindir cubierta – para individuos o grupos de personas – excepto en casos que involucren fraude o una falsa representación intencional de hechos materiales, según prohibido por los términos del plan o cubierta.
- Las aseguradoras y los planes que deseen rescindir cubierta deben proveer una notificación con por lo menos 30 días de anticipación para darle a las personas tiempo para apelar. No hay excepciones a esta política.

Aplicabilidad

- La Regulación aplica a planes protegidos o no protegidos y aplica a planes autoasegurados y asegurados (cubierta individual y grupal).

Plan de Acción de MCS

- Cumplir con los requisitos para que le apliquen a las pólizas.

Selección de proveedores

Nueva regulación

- Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud que ofrecen cubierta a planes de salud individuales o grupales deben permitir las siguientes: que un individuo escoja su médico de cuidado primario, que un niño pueda designar a su pediatra como médico de cuidado primario y que una mujer pueda visitar a un profesional del cuidado de la salud especializado en obstetricia o ginecología sin requerimientos de autorización o referido.
 - Pediatra – si el plan le requiere al niño designar a un proveedor de cuidado primario, el plan debe permitirle al niño designar a un pediatra (alopático o osteopático), que se especialice en pediatría, como el médico primario (PCP por sus siglas en inglés) del niño si el proveedor participa en la red del plan y está disponible para aceptar al niño.
 - OB-GYN – un plan no puede requerirle a una mujer que obtenga una autorización o referido para recibir servicios de cubierta de un profesional de la salud participante que se especialice en obstetricia o ginecología. El requisito no le aplica a profesionales no participantes (fuera de la red).

Aplicabilidad

- La regulación sólo le aplica a los planes no protegidos y donde el plan utilice una red de proveedores. La regulación le aplica a los planes no protegidos autoasegurados y asegurados (cubierta grupal e individual).

Plan de MCS

- No hay impacto en las pólizas de MCS.

Cubierta de servicios de emergencia

Nueva regulación

- El estatuto generalmente requiere que los planes de salud grupales y aseguradoras de salud que ofrecen cubierta a planes individuales o grupales de salud deben cubrir servicios de emergencia

(según definidos en ACA) sin autorización previa y sin importar si el servicio se proveyó dentro o fuera de la red.

Aplicabilidad

- La regulación aplica a planes asegurados y autoasegurados, pero sólo le aplica a los planes no protegidos.

Plan de Acción de MCS

- No hay impacto en las pólizas de MCS.