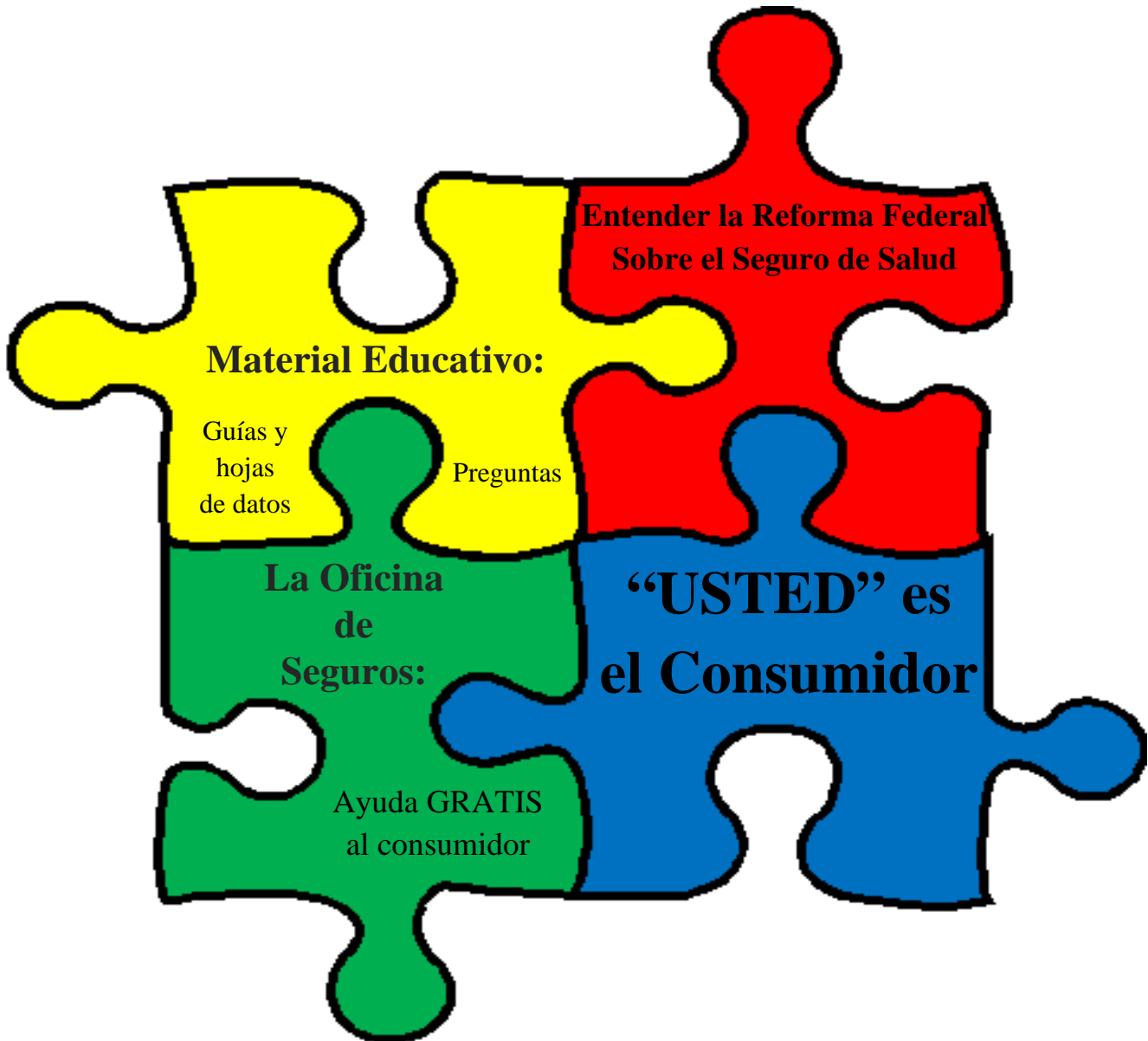


REFORMA FEDERAL DEL SEGURO DE SALUD

**¿Los cambios recientes en la reforma federal
de seguro de salud le confunden?**



EL CONOCIMIENTO ES LA POLÍTICA MEJOR...

**PREPARADO POR LA
OFICINA DE SEGUROS
COMISIÓN CORPORATIVA ESTATAL
ESTADO DE VIRGINIA**

Guía del Consumidor de Virginia

Disposiciones Inmediatas para la Reforma Federal de Seguro de Salud

Preguntas Frecuentes y Glosario de Términos



La información en este documento debe utilizarse sólo con fines educativos. No hay nada en este documento que pretenda ser una opinión legal o de otra clase de la Comisión Corporativa Estatal, y el contenido no debe interpretarse como la aprobación a cualquier producto, servicio, persona u organización mencionados en este documento.

Impreso en junio de 2012

Estado de Virginia
Comisión Corporativa Estatal
Oficina de Seguros
Post Office Box 1157
Richmond, VA 23218

Sitio de web: www.scc.virginia.gov/boi
Email: BureauofInsurance@scc.virginia.gov

Información Importante de Contacto

Para más información sobre los beneficios de su plan o póliza de seguro de salud, o si desea obtener más información acerca de lo explicado en este documento, favor de comunicarse con:

Comisión Corporativa Estatal de Virginia

Oficina de Seguros

Dirección Postal:

Post Office Box 1157

Richmond, VA 23218

Dirección Física:

1300 E. Main Street

Richmond, VA 23219

Número gratuito: 1-877-310-6560

Fax: (804) 371-9944

TDD: (804) 371-9206

Sitio de web: www.scc.virginia.gov/boi

Email: Bureauofinsurance@scc.virginia.gov

Para más información sobre la Reforma Federal de Seguro de Salud, usted también puede visitar: www.CuidadodeSalud.gov.

Para más información específicamente relacionada con los planes de beneficios de seguro de salud de grupo a través del empleo, también puede comunicarse con:

El Departamento del Labor de Estados Unidos

1-866-444-3272

o

www.dol.gov/ebsa/healthreform

Reformas Inmediatas de la Ley de Cuidado Asequible y la Correspondiente Ley de Virginia

La Ley de Cuidado Asequible se convirtió en ley federal el 23 de marzo de 2010, cuando fue firmada por el presidente. Algunas de las disposiciones de esta ley federal entraron en vigor de inmediato, pero la mayoría se entrarán en vigor paulatinamente con el tiempo. Varias de las disposiciones de la ley relacionadas con las reformas de seguro de salud se hacen vigentes cuando los planes de seguro de salud de grupo y las compañías de seguro médico emitan nuevos planes o pólizas o renuevan planes o pólizas existentes, a partir del 23 de septiembre de 2010 (6 meses después de la fecha de vigencia de la legislación). Para los propósitos de este documento, dichas disposiciones se conocen como las "reformas inmediatas". En Virginia, se revisaron las leyes estatales durante la sesión de la Asamblea General de Virginia en 2011 para ajustar las leyes de Virginia a los requisitos de cobertura identificados como las "reformas inmediatas" en la Ley de Cuidado Asequible.

Algunas disposiciones de la ley federal se aplicarán a todas las pólizas y planes de atención médica. Otras disposiciones no se aplicarán a los planes de seguro de salud y pólizas emitidas o renovadas a partir del 23 de septiembre de 2010, si los planes o pólizas son planes o pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad. Los planes o pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad son aquellos que estaban en efecto para el 23 de marzo de 2010. Algunos cambios en ese plan o póliza existentes, sin embargo, pueden causar la pérdida de los derechos adquiridos antigüedad. Si usted está cubierto por un plan o póliza de seguro de salud, deberá recibir un aviso que indique tal condición con los documentos de cobertura al tiempo que renovar su cobertura. Se le recomienda ponerse en contacto con la Oficina de Seguros si tiene alguna pregunta sobre estas nuevas leyes federales y las implicaciones que puedan tener las nuevas leyes sobre su situación.

Nota: Hay ciertos tipos de seguros que sólo proporcionan cobertura para ciertas condiciones médicas que no están sujetos a los requisitos de las nuevas leyes federales de reforma de cuidado de salud.

En el presente, se incluye información muy importante sobre las reformas inmediatas a los planes y pólizas de seguro de salud emitidos o renovados a partir del 23 de septiembre de 2010. Las preguntas más frecuentes tratan las reformas inmediatas, las cuales son:

- (i) restricciones en límites monetarias anuales para beneficios esenciales, excepto para las pólizas con derechos adquiridos antigüedad que proporcionan cobertura de seguro de salud individual; y la eliminación del límite monetaria vitalicio para los beneficios esenciales (consulte Límites Monetarias a sus Beneficios, página 1);
- (ii) una prohibición a la rescisión de las pólizas de seguro de salud salvo en los casos de fraude o tergiversación material (consulte Cancelación de Seguro, página 3);
- (iii) requerimiento que pólizas o planes de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad cubran servicios preventivos sin costos para el asegurado (consulte Costo de Servicios Preventivos, página 5);
- (iv) requerimientos de que pólizas o planes de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad que las personas cubiertas designen a cualquier profesional médico de cuidado primario que participa en el plan y está disponible a aceptar tratar a la persona cubierta; y prohibiciones a

que este tipo de planes requieran autorizaciones o referidos para atención obstétrica o ginecológica dentro de la red de profesionales médicos especializados en obstetricia o ginecología (consulte Elección de Proveedores de Atención Médica, página 8);

- (v) prohibiciones a que planes o pólizas de seguro de salud derechos adquiridos antigüedad excluyan los inscritos menores de 19 años de edad por alguna condición pre-existente, excepto una póliza de seguro médico individual con derechos adquiridos antigüedad, (consulte a Los Niños con Condiciones Preexistentes, página 10);
- (vi) requerimiento de que los planes o pólizas de seguro de salud cubran a dependientes hasta que hayan cumplido los 26 años de edad (consulte Agregar de Hijos Adultos a su Cobertura, página 12); y
- (vii) limitaciones a los aseguradores en cuanto la parte de la prima que pueden usar en gastos administrativos, mercadeo y otros gastos no relacionados con la atención médica (consulte Sus Dólares de Prima, página 14).

Contenido

Página 1	Límites Monetarias para sus Beneficios
Página 3	Cancelaciones de Seguros
Página 5	Costo de Servicios Preventivos
Página 8	Elección de Proveedores Médicos
Página 10	Niños con Condiciones de Salud Preexistentes
Página 12	Agregar a Hijos Adultos a su Seguro
Página 14	Sus Dólares de Prima
Página 16	¿Está Usted Cubierto por un Plan o Póliza de Seguro de Salud con Derechos Adquiridos Antigüedad?
Página 20	Glosario de Términos

Nota: a lo largo de este documento, los términos definidos en el glosario de términos están en *letra bastarda*.



Límites Monetarios para sus Beneficios Médicos

Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia prohíben que aseguradoras impongan *límites monetarios de por vida* y eliminan *límites monetarios anuales* para *beneficios esenciales*.

P: ¿Cómo es que la ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia cambian los límites monetarios vitalicios y anuales a mis beneficios?

R: Antes de la promulgación de ACA y la ley de Virginia, muchas aseguradoras establecían un límite monetario anual para los beneficios que cubrirían. Muchas aseguradoras también establecían un límite monetario vitalicio en lo que gastarían para cubrir los servicios cubiertos durante todo el tiempo que asegurado estaba asegurado conforme al *plan o póliza de seguro médico*. Se requería que asegurado pagará el costo de toda la atención que excedió el límite monetario. La ley ACA y la ley de Virginia prohíben que las aseguradoras pongan un límite monetario vitalicio para la mayoría de los beneficios que el asegurado recibe. La ACA y la ley de Virginia restringen y eliminarán gradualmente los límites monetarios anuales que la aseguradora pueda imponer a la mayoría de sus beneficios. La ACA suprimirá estos límites monetarios anuales totalmente en el 2014.

P: ¿Estas prohibiciones y restricciones sobre los límites monetarios aplican a mi plan o póliza de seguro de salud?

R: La prohibición de los límites monetarios vitalicio aplica a todos *los planes médicos de grupo y todas las pólizas de seguro médicos individuales* compradas para usted y su familia.

La eliminación de los límites monetarios anuales aplica a todos los planes salud de grupo y todas las pólizas de seguro de salud individuales, salvo los seguros de salud individuales con derechos adquiridos antigüedad*, y además los planes o pólizas de seguro de salud que reciban la exención que se describe en la página siguiente.

P: ¿Cuándo tendrán efecto las nuevas reglas sobre los límites monetario vitalicio y anual?

R: Si esta parte del ACA o de la ley de Virginia aplica a su plan o póliza de seguro de salud, las nuevas reglas le afectarán en cuanto comience un *nuevo año del plan o nuevo año de la póliza* a partir del 23 de septiembre de 2010.



* Consulte la explicación en la página 16.

P: ¿Cómo el ACA y la ley de Virginia eliminan gradualmente los límites monetarios anuales?

R: El ACA y la ley de Virginia eliminan los límites monetarios anuales para todos los planes o pólizas de seguro de salud excepto aquellas pólizas de seguro de salud individuales que se consideran tener derechos adquiridos antigüedad*, especificando que ninguno de estos planes o pólizas de seguro de salud puede establecer un límite monetario anual en la mayoría de los beneficios inferiores a:

- **\$750,000** — para un año de plan o año de póliza comenzando a partir del 23 de septiembre de 2010, pero antes del 23 de septiembre de 2011.
- **\$1.25 millones** — para un año del plan o un año de póliza comenzando a partir del 23 de septiembre de 2011, pero antes del 23 de septiembre de 2012.
- **\$2 millones** — para un año del plan o un año de póliza comenzando a partir del 23 de septiembre de 2012, pero antes de 1 de enero de 2014.

No se permiten límites monetarios anuales para la mayoría de los beneficios cubiertos en el año del plan o un año de póliza que comienza a partir del 1 de enero de 2014.

Algunos detalles importantes:

- Tenga en cuenta que su plan o póliza de seguro de salud sí pueden poner un límite monetario anual o vitalicio en el costo a usted por beneficios del cuidado de salud que no se consideran esenciales, según se define el término en la ley. (Los beneficios esenciales incluyen, pero no se limitan a, las visitas al consultorio médico, hospitalizaciones y medicamentos.)
- Algunos planes o pólizas de seguro de salud pueden ser elegibles para una exención de las normas relativas a restricciones a los límites monetarios anuales si cumplir con el límite significaría una disminución importante en la cobertura o un aumento significativo en las *primas*. Los planes que fueron exento se detallan a:
<http://cciio.cms.gov/resources/other/index.html#alw>

* Consulte la explicación en la página 16.



Cancelaciones de Seguro

La Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia previenen que las aseguradoras cancelen la cobertura de seguro únicamente porque usted o su empleador cometen un error honesto en su aplicación de seguro.

P: ¿Cómo afecta la Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia a las cancelaciones seguros?

R: Antes de la promulgación del ACA y la ley de Virginia, si su asegurador encuentra que ha cometido un error en la aplicación del seguro, el asegurador podría *rescindir* su cobertura. Es decir, su asegurador declararía inválida su *póliza* desde el día que comenzó. El asegurador también podría pedirle que devuelva cualquier dinero gastado para su atención médica. Bajo la nueva ley Virginia y ACA, un asegurador no puede rescindir su cobertura simplemente porque ha cometido un error honesto.

CANCELLED!!

P: ¿Cómo funcionaría esta nueva regla de seguro de cancelación?

R: Este es un ejemplo de cómo esto funcionaría:
Cuando la aplicación de seguro de Kathy pidió "cualquier cosa relevantes a su salud que deberíamos saber" Katy se olvidó mencionar que tuvo dos visitas a un psicólogo hace 6 años atrás. Katy posteriormente fue diagnosticada con cáncer de mama y presento una petición a su compañía de seguros para el tratamiento de cáncer de mama. Después de recibir la petición de Katy, su asegurador descubrió las dos visitas al psicólogo. Antes de la nueva ley, el error de Katy podría hacer que el asegurador de salud rescinda o cancele retroactivamente su cobertura. Bajo la nueva ley, la aseguradora de Katy no puede rescindir su cobertura porque Katy no tergiverso intencionalmente información significativa.

P: ¿Se aplica esta regla de cancelación de seguro a mi *plan de beneficios de salud* o la *póliza*?

R: Esta disposición se aplica a todos *los planes de prestaciones de salud de grupo* y *pólizas* de seguro de salud individuales comprados para usted y su familia.

Tenga en cuenta:

- Su aseguradora aún puede rescindir su cobertura si usted proporciona intencionalmente información falsa o incompleta en su aplicación de seguro.
- Su aseguradora todavía puede cancelar su cobertura si no se pagan las *primas* a tiempo.

P: ¿Cuándo entra en vigor esta regla sobre la cancelación de seguros?

R: Esta regla se aplica a *años de póliza o plan de seguro* comienza a partir del 23 de septiembre de 2010.

P: ¿Cómo puedo saber si mi aseguradora va a rescindir mi cobertura?

R: Si su aseguradora determina que usted proporcionó intencionalmente información falsa o incompleta en su aplicación de seguro, debe notificarle con al menos 30 días de antelación que van a rescindir su cobertura; durante ese plazo, usted puede interponer una apelación contra la decisión o puede buscar nueva cobertura.





Costo por *Servicios Preventivos*

Usted puede ser elegible para algunos servicios preventivos sin costo adicional bajo la legislación de Virginia y la *Ley de Cuidado Asequible (ACA)*

P: ¿Por qué son importantes los servicios médicos preventivos?

R: Demasiados estadounidenses no reciben el cuidado de salud preventivo que necesitan para mantenerse sanos, evitar o retrasar la aparición de la enfermedad, llevar una vida productiva y reducir los costos de tratamientos médicos. Aún enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes, que son responsables de 7 de 10 muertes entre los estadounidenses cada año y representan el 75% de los gastos médicos de la nación, a menudo se pueden evitar.



P: ¿Cómo afectará la ley de Virginia y la Ley de Cuidado Asequible (ACA) a mi acceso a servicios preventivos?

R: La ley de Virginia y ACA requieren que muchas aseguradoras cubran todos los servicios preventivos recomendados a *base de evidencia*, y eliminar gastos. Si usted o su familia se inscriben en un *plan salud de grupo* o una *póliza de seguro de salud individuales* emitidos después del 23 de marzo de 2010, se requerirá que su aseguradora proporcione cobertura recomendada para ciertos servicios preventivos sin cobrarle a usted un *copago*, *coaseguro* o *deducible*.

P: ¿Qué servicios preventivos puedo obtener sin costo adicional?

- R:** Dependiendo de su edad, puede tener acceso gratuito a servicios preventivos tales como:
- Pruebas y exámenes de presión arterial, diabetes y colesterol;
 - Muchas pruebas de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopias (la prueba para detectar cáncer del colon);
 - Asesoramiento de su proveedor médico sobre temas como dejar de fumar, rebajarse de peso, comer sanamente, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol;
 - Vacunación rutinaria contra las enfermedades, tales como el sarampión, la polio o la meningitis;
 - Las vacunas contra la influenza y la neumonía;
 - Asesoramiento, pruebas preliminares y vacunas para asegurar embarazos sanos;
 - Visitas rutinarias de “niño sano” desde el nacimiento hasta los 21 años.

Para obtener una lista completa de los servicios preventivos cubiertos, visite:

<http://www.healthcare.gov/law/about/provisions/services/lists.html>

Para más información sobre cómo mantenerse saludable y qué servicios preventivos cubre que son adecuados para usted basándose en su edad, sexo y estado de salud, pida a su proveedor de atención médica y eche un vistazo:

<http://www.healthfinder.gov>

P: ¿Se aplica esta nueva regla de servicios preventivos a mi *plan* o *póliza de seguro de salud*?

- R:** Esta disposición sobre servicios preventivos se aplica a las personas inscritas en planes de salud de grupo y las pólizas de seguro de salud individuales que no tienen derechos adquiridos antigüedad*. En su caso, esta disposición empieza a afectarle una vez que su plan o póliza de seguro de salud entre el *nuevo año de plan* o *año de póliza*, después del 23 de septiembre de 2010.



* Consulte la explicación en la página 16.

Si el plan salud de grupo o la póliza de seguro de salud individual existían o fueron comprados en o antes del 23 de marzo de 2010, estos beneficios pueden no estar disponibles para usted. Tales planes o pólizas pueden tener derechos adquiridos antigüedad* en relación con ésta y otras disposiciones de la ACA y la legislación de Virginia.



P: ¿Hay algo más en la letra pequeña que debo saber sobre los servicios preventivos?

R: Si su plan o póliza de seguro de salud utilizan una red de proveedores, debe estar consciente de que su plan o póliza sólo tienen la obligación de cubrir estos servicios preventivos sin costos compartidos cuando son proporcionados por un *proveedor de la red*. Su plan o póliza de seguro de salud puede permitirle recibir estos servicios de un *proveedor fuera de la red*, pero puede requerir costos compartidos.



- Su médico puede proporcionar un servicio preventivo, tal como un examen de colesterol, como parte de una visita al consultorio. Tenga en cuenta que tal vez tenga que pagar los costos de la visita al consultorio si el servicio preventivo no es el propósito principal de la visita al consultorio, o si su médico le cobra por el servicio preventivo por separado de la visita al consultorio.

* Consulte la explicación en la página 16.

Elección de Proveedores Médicos

La Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia contemplan normas para eliminar ciertas barreras entre usted y el médico que elija.



P: ¿Cómo pueden afectar la Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia mi elección de médicos?

R: La ley ACA y Virginia garantizan que puede elegir el médico de atención general o el pediatra que desee desde la red del proveedor de su aseguradora. Le aseguran que puede ver a un doctor OB-GYN (especialista en atención obstétrica o ginecológica) sin una derivación de otro médico. La ley también garantiza que puede buscar atención de emergencia en un hospital fuera de la red de su asegurador sin previa aprobación de su aseguradora.

P: ¿Qué significa esto para mí?

R: Es usted que selecciona el médico: La nueva ley ACA y la ley de Virginia le permiten elegir cualquier proveedor de atención médica disponible que participa en su plan para ser su médico general. Usted puede elegir cualquier pediatra disponible que participe en el programa para ser el médico de su hijo.



Su aseguradora no puede poner barreras a los servicios de obstetricia y ginecología: Las nuevas reglas de ACA también prohíben que las aseguradoras requieran una referencia antes de solicitar la atención de un especialista en ginecología y obstetricia.

Acceso a los servicios de emergencias fuera de la red: Las nuevas normas de ACA por lo general evitan que los planes o pólizas de seguro de salud impongan altos copagos o coaseguro para los servicios de emergencias que el paciente obtenga de un proveedor fuera de la red del aseguradora. También se prohíbe que las aseguradoras exijan que usted obtenga la previa aprobación de la aseguradora antes que usted reciba servicios de emergencias de parte de un proveedor u hospital fuera de la red de su seguro.

NOTA: Aunque la aseguradora está obligada a reembolsar costos razonables por los servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor de los servicios de emergencias fuera de la red y la cantidad pagada por la aseguradora. Esta diferencia puede resultar en una factura significativa, la cual usted tendrá que pagar.

¿Sabía usted?

Las personas que tienen un proveedor regular de atención primaria:

Tienen más del doble de probabilidad de recibir *servicios preventivos* recomendados;

Son menos propensos a ser hospitalizados;

Están más satisfechos con el sistema de salud; y

Tienen costos más bajos.

P: ¿La regla de selección de proveedores de atención médica aplicará a mi plan o póliza de seguro de salud?

R: Estas reglas sobre la selección de proveedores de atención médica se aplican a todos *los planes salud de grupo* y de todas las *pólizas de seguro de salud individual* que entran en vigor a partir del 23 de marzo de 2010.

Estas nuevas opciones de las reglas sobre proveedores médicos **podrán no aplicarse** a los planes salud de grupo y pólizas de seguro de salud individuales que ya existían antes del 23 de marzo 2010, ya que éstos pueden tener derechos adquiridos antigüedad,* o ser exentos de algunas disposiciones de la ley ACA o la legislación de Virginia.



P: ¿Cuándo entrarán en vigor estas reglas sobre la selección de proveedores médicos?

R: Si su plan no tiene derechos adquiridos antigüedad, estas protecciones le afectarán cuando se inicie un *nuevo año del plan o póliza* a partir del 23 de septiembre de 2010.

***Consulte la explicación en la página 16.**

Los Niños con Condiciones de Salud Preexistentes

La Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia prohíben que las aseguradoras limiten o nieguen beneficios para un niño a causa de un problema de salud o discapacidad que el niño haya tenido antes de la fecha efectiva del *plan de o la póliza de seguro de salud*.

P: ¿Qué significa esta nueva regla sobre *condiciones preexistentes para mi hijo*?

R: Antes de la promulgación de la ley ACA y la ley de Virginia, algunas aseguradoras podrían negarse a aceptar cualquier persona debido a una condición de salud preexistente, o podrían limitar o excluir beneficios relacionados con esa condición.

Bajo la ley ACA y la ley de Virginia, la mayoría de las aseguradoras no pueden limitar o negar beneficios o denegar cobertura total para un niño menor de 19 años de edad, simplemente porque el niño tiene una condición preexistente.

La nueva regla de condiciones de salud preexistentes protege la cobertura para su hijo, si o no su problema o discapacidad fue descubierta o tratada antes de comenzar su cobertura.

P: ¿Esta nueva regla sobre condiciones preexistentes para niños se aplica a mi plan o la póliza de seguro de salud?

R: Esta nueva regla sobre condiciones preexistentes para niños se aplica a todos los *planes salud de grupo y pólizas de seguro de salud individuales* que adquirió después del 23 de marzo de 2010.



Esta regla **puede no aplicar** a una póliza de seguro salud individual que adquirió antes del 23 de marzo 2010, debido a que la póliza puede tener derechos adquiridos antigüedad* o ser exentos de este parte de la ley ACA o la ley de Virginia.

***Consulte la explicación en página 16.**



Condiciones preexistentes



P: ¿Cuándo entra en vigencia esta nueva regla de sobre las condiciones preexistentes de los niños?

R: La prohibición contra exclusiones por condiciones preexistentes para los niños menores de 19 años se aplicará a su plan o póliza de seguro de salud emitidos o renovados a partir del 23 de septiembre 2010.

P: ¿Cómo afectará la nueva norma que prohíbe las exclusiones por condiciones preexistentes de los niños a la atención médica para mi hijo?

R: Si su hijo tiene una condición preexistente, la nueva ley puede ayudar que su hijo reciba la cobertura y beneficios de salud que a él o ella de otra manera se le habría negado.

Por ejemplo, el 1 de octubre de 2010, Sally compró una nueva póliza individual de seguro de salud para ella y su hija Miranda, de 13 años de edad, que ha sido tratada por asma en el pasado. La nueva póliza de seguro de salud de Sally excluye la cobertura para el tratamiento de condiciones preexistentes para todos los afiliados. El 1° de noviembre de 2010, un mes después que la cobertura comenzó para Sally y Miranda, Miranda fue hospitalizada por un ataque de asma, y la compañía de seguros le negó el pago de la hospitalización bajo la póliza, porque el asma de Miranda era una condición preexistente.

Conforme a la nueva ley, la aseguradora no puede negar el pago de la hospitalización por la condición preexistente de asma de Miranda debido a que:

- Miranda es menor de 19 años.
- Sally compró su póliza individual de seguro de salud después del 23 de marzo de 2010, por lo que su póliza está sujeta a las reglas de condición preexistente de la ACA.
- El *año del plan* de Sally comenzó después del 23 de septiembre, cuando las normas de la ley sobre condiciones preexistentes entraron en vigor.

P: ¿Qué pasa a los adultos con condiciones preexistentes?

R: La ley ACA contempla que estas mismas reglas que prohíben exclusiones por condiciones preexistentes de los niños se aplicarán a los estadounidenses de toda edad al inicio del *año del plan* o *la póliza*, a partir del 1 de enero de 2014.

Agregar a Hijos Adultos a su Cobertura

La Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia permiten a adultos jóvenes a permanecer en los planes o pólizas de seguro de salud de sus padres hasta la edad de 26 años.



P: ¿Qué significa para mi hijo este cambio que permite agregar a los hijos adultos?

R: Antes de la promulgación del ACA y la Ley de Virginia, las aseguradoras podrían retirar a los hijos inscritos en el plan de los padres cuando se volvían adultos (por lo general a los 19 años, a veces mayores para los estudiantes de tiempo completo.) Ahora, la mayoría de los planes de beneficios de salud o las pólizas que cubren los hijos deben hacer que la cobertura esté disponible para los hijos hasta los 26 años.



P: ¿Esta nueva regla sobre la adición de hijos adultos se aplica a mi plan o póliza de seguro de salud?

R: Esta norma afecta a los planes o las pólizas de seguro de salud que ofrecen cobertura a los hijos que son dependientes. Se aplica a cualquier póliza de seguro de salud que usted compra como un individuo por sí mismo y su familia. También se aplica a todos los planes salud de grupo a través del empleador, con una excepción temporal: hasta el año 2014, algunos planes de los empleadores que existían con anterioridad a la ACA no están obligados a dejar que los hijos adultos permanezcan en los planes de sus padres hasta los 26 años, si los hijos tienen posibilidades de obtener cobertura a través de su empleador. A partir de 2014, los hijos de hasta 26 años pueden permanecer en los planes médicos de sus padres, aunque puedan conseguir cobertura a través de su empleador.

P: ¿Cuándo entra en vigencia esta nueva norma que permite agregar a los hijos adultos a mi plan de beneficios de salud o la póliza?

R: Las aseguradoras están obligadas a cubrir a los adultos jóvenes al año del plan o la póliza que comience a partir del 23 de septiembre de 2010.

P: ¿Mi hijo adulto tiene que vivir conmigo o ser económicamente dependiente de mí para ser elegible?

R: No. Sus hijos adultos pueden unirse o permanecer en su plan o póliza de seguro de salud, ya sea que estén o no casados, que vivan con usted, si son estudiantes, o si dependen económicamente de usted.



P: ¿Cuándo puedo agregar mi hijo adulto a mi plan o póliza de seguro de salud?

R: Las aseguradoras deben ofrecer a los niños que califican la oportunidad de inscribirse y su hijo podrá hacerlo dentro de los 30 días del aviso por escrito de esta oportunidad. Deberá comunicarse por escrito a más tardar el primer día del primer año plan a partir del 23 de septiembre de 2010. Los adultos jóvenes y sus padres no necesitan hacer nada más que inscribirse y pagar esta opción.





Sus Dólares de Prima

La Ley de Cuidado Asequible (ACA) y la ley de Virginia requieren que las aseguradoras gasten el dinero de su prima principalmente en la atención médica y mejoras a la calidad. La ley de Virginia requiere las aseguradoras que ofrecen la cobertura de seguro de salud de individual gastar sus dólares de primas por atención médica. Tanto el ACA y la ley de Virginia requieren las aseguradoras justificar las solicitudes de ciertos aumentos de tasas.

P: ¿Qué es lo que la Ley de Cuidado Asequible (ACA) requiere?

R: Las nuevas reglas requieren que un porcentaje mínima de su dólar de prima gaste principalmente en atención médica y mejoras a la calidad. No permitidos en este porcentaje incluyen los cantidades gasten en los costos administrativos, mercadeo, y otros gastos no relacionados con la atención médica. Si su aseguradora no cumple con el porcentaje mínimo requerido por cuidado de salud y mejoras a la calidad por su tipo de producto, deben proporcionar un reembolso al asegurado. Su compañía de seguro de salud también puede ser requerida proporcionar justificación por los “aumentos desproporcionados en la prima” a su regulador estatal o al Secretario del Servicios Salud y Humanos de EE.UU.

P: ¿Cómo define el ACA “los aumentos desproporcionados en la prima”?

R: Un aumento de tasa se ha determinado ser desproporcionado si el aumento es el 10% o más, y 1) el aumento significa que su aseguradora no estará gastando el parte de su dólar de prima como el ACA requiere (descrito debajo) en atención médica, y mejores a la calidad de cuidado, 2) una o varias de las asunciones en que el aumento de la tasa está basado no es cumplidos con pruebas sustanciales, 3) su aseguradora se proporciona datos o documentos relacionados con el aumento que son incompletos, insuficiente, o no se proporciona una base en que la racionalidad del aumento puede ser determinada, y 4) el aumento de tasa resulta en diferencias de primas entre asegurados con factores de riesgo similares que no son permisibles bajo de la ley del Estado o, en ausencia de una ley estatal aplicable, no corresponden razonablemente a diferencias en los costos esperados.

P: ¿Qué parte de mi dólar de prima requiere la ACA aseguradoras de salud gastar en cuidado de salud y mejoras de la calidad?

R:

- La ACA requiere que las aseguradoras gasten al menos un 80% (y para los planes de empleadores grandes que no son *auto-asegurados*, al menos el 85%) de la prima en la atención médica directa y los esfuerzos para mejorar la calidad del cuidado que usted recibe.
- Si usted recibe su seguro de un plan de empleador grande que es auto-asegurado, estas reglas no aplican para usted.

P: ¿Cómo se diferencia esto de que es requerido actualmente por la ley de Virginia?



Dólares de Prima

R: Por la cobertura de seguro de salud de individual, la ley de Virginia requiere aseguradoras gastar al menos de 60% de su dólares de prima en atención médica directa. A diferencia de ACA, las aseguradoras no pueden contar las cantidades gastadas en el esfuerzo por mejorar la calidad de cuidado que usted recibe como un parte de esto porcentaje mínimo requerido. Las tasas por la cobertura de seguro de salud de individual emitida en Virginia que no cumplen con este umbral estarán desaprobadas para el uso en Virginia.

Por contratos de grupos pequeños y de HMO, la ley de Virginia corriente no requiere aseguradoras de salud gastar una cierta cantidad de su dólar de prima en atención médica directa.

P: **¿Cuándo la nueva regla de ACA empezará a afectar a mi *plan de o póliza de seguro de salud*?**

R: Si la regla de ACA se aplica a su plan o póliza, le afectará al iniciar un nuevo *año del plan o póliza* a partir del 1 de enero de 2011.

P: **¿Cómo puedo saber en qué gasta mi asegurador mis dólares de prima?**

R: La ACA requiere cada aseguradora de salud presentar un informe mostrando que esa aseguradora gastó en la atención médica directa y el esfuerzo mejorar la calidad de cuidado durante el año. Los primeros informes son debidos por el 1 de julio de 2012, para el año de 2011, y es esperado que esos informes será puestos en el nuevo sitio de web del gobierno federal para los consumidores: www.CuidadodeSalud.gov.

P: **¿Cómo puedo obtener un reembolso?**

R: El programa de reembolso bajo la ACA comienza el 1 de enero de 2011. Reembolsos, de ser necesario, se pagarían a partir del 2012. Su plan participará a partir del inicio del primer año del plan o de la póliza en o después de 1 de enero de 2011. Si usted se adeudan un reembolso, puede venir en la manera de un reembolso a tanto alzado o una reducción de su prima. Si su empresario pagó todo o parte de su prima o si su empresario es el poseedor de la póliza de seguros, entonces todo o parte de algún reembolso puede ir al empresario como el asegurado. Más detalles sobre el programa de reembolso se enviarán en breve por parte del gobierno federal.

¿Está Usted Cubierto por *un Plan o Póliza de Seguro de Salud con Derechos Adquiridos Antigüedad*?

Si usted tiene una *póliza de seguro de salud individual* que estaba en vigor en o antes del 23 de marzo 2010, su *póliza* puede tener derechos adquiridos antigüedad. Si usted se unió a un *plan de salud* no basado en el empleo como el asegurado principal en o antes del 23 de marzo 2010, su cobertura puede tener derechos adquiridos antigüedad. Si usted está en el *plan de salud de grupo* con base en el empleo que existía antes del 23 de marzo de 2010, su cobertura puede tener derechos adquiridos antigüedad incluso si usted se inscribió en el plan después de esa fecha. Los planes y pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad no tienen que ofrecer todas las protecciones de los consumidores que otros planes ofrecen.

P: ¿Cuál es la diferencia entre una plan o póliza de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad, y otros planes y pólizas de seguro de salud?

R: Los planes y pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad son exentos de algunas de las disposiciones de la Ley de Cuidado Asequible (ACA) o la ley de Virginia. Las pólizas de salud individuales con derechos adquiridos antigüedad son exentas con algunas disposiciones adicionales de la ley de Virginia y ACA que se aplican a todos los demás planes de salud. Tanto las pólizas de seguro de salud de grupo con base en el empleo y seguros de salud individuales pueden tener derechos adquiridos antigüedad. Un plan de salud con base en el empleo con miembros que se inscribieron antes del 23 de marzo de 2010 puede tener derechos adquiridos antigüedad, incluso si usted o sus familiares se inscribieron hasta después de esa fecha.



P: ¿Es verdad que los planes o las pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad no tendrán nunca que cumplir con determinadas partes de la ley?

R: Un plan o póliza de salud puede perder este estado si hace cambios significativos al reducir los beneficios o aumentar los costos para los consumidores. (Véase a continuación para mayor información.)

P: ¿Qué reformas inmediatas son de cumplimiento obligatorio para los planes o pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad?

R: Muchas de las reformas inmediatas, que entraron en vigor el 23 de septiembre de 2010, aplican a todos los planes o pólizas de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad. Esas medidas de protección son obligatorias a partir del inicio del nuevo *año del plan o póliza* que comience después de esa fecha, que para la mayoría fue el 1 de enero de 2011.

Planes con Derechos Adquiridos Antigüedad

Al inicio del nuevo año del nuevo plan o póliza del año las aseguradoras de salud:

- 1) Se prohíbe la aplicación de *límites monetarios vitalicio* en *beneficios esenciales*.
- 2) No se podrá cancelar retroactivamente su cobertura de seguro basado en un error no intencional en una aplicación.
- 3) Tiene que permitir que los hijos que no han cumplido los 26 años de edad se queden o se agreguen al plan o la póliza de seguro de salud de los padres o siempre que ese plan o póliza ofrezcan cobertura a los dependientes.

Nota: Los planes de salud con derechos adquiridos antigüedad no tienen que proporcionar estos beneficios a dependientes del asegurado si tienen acceso a otra forma de cobertura salud que le ofrece su empleador.

P: **¿Qué reformas inmediatas NO se aplican al plan o pólizas de seguro de salud que tienen derechos adquiridos antigüedad?**

R: A diferencia de otros planes o pólizas de seguro de salud, los planes o pólizas con derechos adquiridos antigüedad no tienen la obligación de:

- 1) Proporcionar ciertos *servicios preventivos* recomendados sin cobrar a los consumidores un *copago* para ese servicio.
- 2) Ofrecer nuevas disposiciones para un proceso de apelación para los consumidores que deseen apelar reclamos y rechazos de cobertura.
- 3) Eliminar ciertas barreras con respecto a su elección de proveedores de atención cuidado primaria y el acceso a la atención de emergencia, en virtud de los requisitos federales

P: **¿Qué reformas inmediatas NO se aplican a las pólizas de seguros de salud individuales con derechos adquiridos antigüedad?**

R: Las pólizas de seguro de salud individuales con derechos adquiridos antigüedad no tienen la obligación de:

- 1) Eliminar los *límites monetarios anuales* para beneficios esenciales.
- 2) Eliminar las *exclusiones por condición preexistente* para niños menores de 19 años.

(Estas protecciones YA SON aplicables a los planes de salud de grupo que tienen derechos adquiridos antigüedad)



Planes con Derechos Adquiridos Antigüedad

P: ¿Cómo puede perder un plan o póliza de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad?

R: Su plan o póliza de seguro de salud ya no tendrán sus derechos adquiridos antigüedad si se da una de las siguientes circunstancias:

- 1) Se deja de ofrecer todas o casi todas los beneficios para diagnosticar o tratar una condición particular, como por ejemplo, diabetes, fibrosis quística, o VIH/ SIDA.
- 2) Aumenta la proporción de los costos de servicios de salud que usted tiene que pagar; por ejemplo, del 20% de cada factura de hospital al 25%.
- 3) Aumenta el *deducible*, *máximo de desembolso* o cualquier *costo compartido* distinto de un copago, que estaba en vigor el 23 de marzo de 2010, por más de una cantidad especificada.
- 4) Aumenta el copago —la tarifa que usted tiene que pagar por un servicio médico cubierto— por más de una cantidad especificada.
- 5) Impone un nuevo límite anual sobre el valor monetario de todos los beneficios que pueda recibir, o reduce el límite anual actual.
- 6) Su empleador disminuye la porción de *la prima* de seguro de salud que el empleador paga por más de cinco puntos porcentuales (por ejemplo, del 20% al 15%).

Nota: La aseguradora puede aumentar la prima y el plan o póliza de seguro de salud puede mantener sus derechos adquiridos antigüedad, siempre y cuando no haga los cambios que se detallan arriba.

P: ¿Cómo puedo saber si mi plan o póliza de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad?

R: 1) **Revise su plan o pólizas.** Los planes y pólizas de salud deben divulgar su estado de tener derechos adquiridos antigüedad en cualesquier materiales del plan o la póliza cada año nuevo del plan o póliza. Los materiales del plan o póliza son los documentos que le brinda su aseguradora en que se describen los beneficios ofrecidos. Estos materiales también deben indicar con quién puede comunicarse para hacer preguntas o quejas y la manera de contactarlos. Si esta información no está incluida en sus materiales del plan o póliza, su cobertura ya no podría tener derechos adquiridos antigüedad.



2) **Consulte con su empleador o el administrador de su plan de salud.** Si usted está en un plan de salud con base en el empleo, la fecha en que se unió al plan no refleja la fecha en que el plan fue creado. Es posible que los empleados nuevos y los nuevos miembros de la familia puedan ser añadidos a los planes de salud de grupo con derechos adquiridos antigüedad.

3) Si usted está inscrito en un plan o póliza salud con derechos, lo que significa que no deberían ocurrir cambios significativos a su plan o póliza, pero usted experimenta cambios significativos en los beneficios que recibe o los costos que paga, usted debe comunicarse con el Departamento de Labor de Estados Unidos (para planes de salud de grupo basado en el empleo) o el Departamento de Servicios Salud y Humanos de Estados Unidos (para los planes de salud sin base en el empleo y pólizas de seguro de salud individuales) para hacer preguntas y quejas. Su plan o póliza de seguro de salud debe decirle cómo comunicarse con la agencia apropiada.

Glosario de términos

Nota importante: La Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC), una organización de reguladores de seguros de los 50 estados, el Distrito de Columbia y los cinco territorios de EE.UU., ha publicado el "Glosario de Términos de Seguros de Salud" en su sitio de web en:

http://www.naic.org/documents/index_health_reform_glossary.pdf

La información proporcionada a continuación utiliza algunos de los términos y definiciones que fueron publicados en el sitio web de la NAIC el 24 de junio de 2011, excepto como se indica a continuación. Por favor, consulte la dirección del sitio web anterior para el glosario completo de términos de seguros de salud y de cualquier actualización de estos términos y significados.

-A-

ACA/Affordable Care Act (Ley de Cuidado Asequible)*- El nombre dado a la ley íntegra de reforma sobre el cuidado de salud, promulgada el 23 de marzo de 2010. ACA también se conoce como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (PPACA).

Annual Dollar Limit (Límite monetario anual)**- Muchos planes de salud imponen límites monetarios sobre los beneficios esenciales que la aseguradora pagará en el transcurso de un año del plan o la póliza. La ACA y la ley de Virginia prohíben los límites anuales en dólares de beneficios esenciales para los planes anuales o pólizas que comiencen a partir del 23 de septiembre 2010, a excepción de las pólizas de derechos adquiridos antigüedad que proporcionan cobertura de salud individual.

-B-

Balance billing (Facturación de balances)** - Cuando usted recibe servicios de un proveedor médico que no participa en la red de su compañía de seguros, el médico no está obligado a aceptar la deuda con el pago de la aseguradora y puede cobrarle a usted el monto no pagado. Esto se conoce como la facturación de balances.

-C-

Coinsurance (Coaseguro) - El porcentaje de la factura de un médico del que el paciente es responsable financieramente conforme a las condiciones de la póliza.

Copayment (Copago)** - Una cantidad fija de dinero que el paciente debe pagar cuando visita un proveedor médico.

Cost Distribution (Costos Compartidos)** - Cobros del proveedor médico de los que el paciente es responsable conforme a las condiciones de un plan o póliza de salud. Las formas habituales de financiación de los gastos son deducibles, coaseguros y copagos. Los pagos de la factura de balances de los médicos fuera de la red no se consideran costos compartidos.

* Este término y su definición no están incluido en el Glosario de seguro de salud publicado en el sitio Web del NAIC

** Este término y/o definición ha sido modificado del Glosario de seguro de salud del NAIC.

-D-

Deductible (Deducible)** - Una cantidad de dinero que un paciente debe pagar por los servicios de salud cada año antes de que la aseguradora comience a efectuar pagos o reclamos en virtud de un plan o póliza de seguro de salud.

-E-

Essential benefits (Beneficios esenciales)** - La ACA requiere que todos los planes de seguro de salud vendidos después del 2014 incluyan un paquete básico de servicios incluidos la hospitalización, servicios ambulatorios, atención de maternidad, medicamentos recetados, atención de emergencia y los servicios preventivos, entre otros beneficios. También impone restricciones a la cantidad de costos compartidos que los pacientes deben pagar por estos servicios.

Evidence based (Basada en la evidencia)* - Las mejores prácticas determinadas por los resultados de estudios científicos y de investigación.

-G-

Grandfathered health benefit plan or policy (Plan o póliza de seguro de salud con derechos adquiridos antigüedad)** - Un plan de salud de grupo que existió en o antes del 23 de marzo 2010 o la cobertura de seguro de salud individual en la que una persona estaba inscrita antes del 23 de marzo 2010. Planes o pólizas que tienen derechos adquiridos antigüedad son exentos de muchos de los cambios en la ACA y la ley de Virginia. Los nuevos empleados se pueden añadir a un plan de salud de grupo con derechos adquiridos antigüedad, basado en el empleo, y se pueden añadir todos los nuevos miembros de la familia a todas las pólizas con derechos adquiridos antigüedad de seguros de salud individuales con estos derechos adquiridos, sin necesidad de perder el estado de tener los derechos adquiridos.

Group health benefit plan (Plan de salud de grupo)** - Un plan de salud que proporciona atención médica para los empleados, incluidos los empleados tanto actuales y pasados, o sus dependientes pagados directamente o a través de seguro, reembolso, o de otra manera.

-H-

Health benefit plan (Plan de salud)** - Un plan de salud que proporciona atención médica para un grupo de participantes o sus dependientes pagado directamente o a través de seguros, reembolso, o de otra manera.

Health Maintenance Organization (Organización de Mantenimiento de la Salud - HMO) - Un tipo de organización de atención administrada (plan de salud) que ofrece cobertura salud a través de una red de hospitales, médicos y otros proveedores. Típicamente, el HMO sólo paga el cuidado que proporciona un proveedor que está dentro de la red. Dependiendo del tipo de cobertura que tiene, las normas estatales y federales rigen los conflictos entre las personas inscritas y el plan.

* Este término y su definición no están incluido en el Glosario de seguro de salud publicado en el sitio Web del NAIC

** Este término y/o definición ha sido modificado del Glosario de seguro de salud del NAIC.

-I-

In-network healthcare professional/In-network provider (Profesional médico/proveedor médico dentro de la red)** - Un proveedor médico, tales como un hospital o un médico, que han sido contratados para formar parte de la red de una organización de tratamientos administrados (como un HMO o PPO). El proveedor accede a las normas de la organización de tratamientos administrados y las tablas de tarifas con el fin de formar parte de la red, y accede a no cobrar a los pacientes montos en exceso de la tarifa acordada.

Individual health insurance coverage/individual health insurance coverage (Cobertura o póliza de seguro de salud individual)** - La cobertura de seguro de salud ofrece a las personas que no estén en relación con un plan de salud basado en el empleo. La ACA y la ley de Virginia hicieron numerosos cambios a las normas que rigen las aseguradoras que ofrecen pólizas de salud individuales.

-L-

Lifetime dollar limit (Límite monetario vitalicio)** - Muchos planes y pólizas de seguro de salud que imponen un límite monetario a los servicios que la aseguradora pagará en el curso de la vida de un individuo. La ACA prohíbe límites monetarios vitalicios en beneficios esenciales a partir de los nuevos años del plan o pólizas empezando a partir del 23 de septiembre de 2010.

-O-

Out-of-Network (Fuera de la red)** - Cuidado prestado por un proveedor médico (como un hospital o médico) que **no** está contratado para formar parte de la red de una organización de tratamientos administrados (como un HMO o PPO). Dependiendo de las reglas de la organización de tratamientos administrados, una persona puede no estar cubierta o puede ser obligado a pagar una mayor proporción de los costos totales cuando busca cuidado fuera de la red.

Out-of-Pocket máximo (Máximo a pagar personalmente)** - Un máximo anual en todos los costos compartidos por el cual los pacientes son responsables conforme a un plan o póliza de seguro de salud. Este límite no aplica a las primas, cobros de balances facturados por proveedores de fuera de la red o servicios que no están cubiertos por el plan o la póliza.

-P-

Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (PPACA)/Ley de Cuidado Asequible (ACA)** - La legislación (Ley Pública 111-148), firmada por el presidente Obama el 23 de marzo de 2010. Comúnmente conocida como la ley de reforma de cuidado de salud.

Plan Year (Año del Plan)* - Un período de 12 meses de cobertura de servicios que pueden o no ser el mismo como el año civil. Para saber cuándo empieza el año del plan, puede revisar los documentos del plan o comunicarse con su empleador o su aseguradora. Por ejemplo, si el año de su plan es el mismo como el calendario civil, las nuevas normas se aplican a su cobertura a partir del 1º de enero de 2011.

* Este término y su definición no están incluido en el Glosario de seguro de salud publicado en el sitio Web del NAIC

** Este término y/o definición ha sido modificado del Glosario de seguro de salud del NAIC.

Policy (Póliza)* - Una póliza de seguro de salud individual.

Policy Year (Año de Póliza)* - Un período de 12 meses de cobertura de servicios en una póliza de seguro de salud individual que puede o no ser el mismo como el año civil. Para saber cuándo empieza el año de la póliza, puede revisar los documentos de la póliza o comunicarse con su aseguradora. Por ejemplo, si el año de la póliza es el mismo como calendario civil, las nuevas normas se aplican a su cobertura a partir del 1º de enero 2011.

Pre-existing Condition (Condición preexistente)* - Cualquier estado de salud físico o mental, discapacidad o enfermedad que existe en una persona antes de aplicar para la cobertura de seguro médico.

Pre-existing Condition Exclusion (Exclusión por una condición preexistente)** - El período de tiempo que uno no recibe beneficios bajo un plan de salud por una enfermedad o condición médica que existía antes que la persona aplicara para la cobertura. La ACA prohíbe exclusiones de condiciones preexistentes para todos los planes a partir de enero de 2014.

Preferred Provider Organization (Organización de Proveedores Preferidos - PPO)** - Un tipo de organización de tratamientos administrada que ofrece cobertura de salud a través de una red de proveedores. Normalmente, la PPO requiere que el asegurado pague costos más altos cuando busque atención fuera de la red. Dependiendo del tipo de cobertura que tiene, las normas estatales y federales rigen los conflictos entre las personas inscritas y el plan.

Premium (Prima)- El pago periódico necesario para mantener una póliza en vigor.

Preventive services (Servicios preventivos)** - Los servicios cubiertos que tienen la intención de prevenir enfermedades o para identificar la enfermedad mientras que es más fácil de tratar. La ACA y la ley de Virginia requieren que las aseguradoras proporcionen cobertura a servicios de prevención sin deducibles, copagos, o coaseguros.

-R-

Rescind (Rescindir)** - Para anular un plan o póliza de seguro de salud desde su inicio por lo general basado en los motivos de una declaración falsa u omisión intencional en la solicitud de seguro que habría dado lugar a una decisión diferente por la aseguradora con respecto a la emisión de la cobertura. La ACA y la ley de Virginia prohíben rescisiones excepto en los casos de fraude o tergiversación intencional de un hecho material.

-S-

Self-insured (Auto-asegurado)** - Los planes de salud de grupo pueden ser auto-asegurado o asegurados por completo. Un plan está auto-asegurado (o auto-financiado) cuando el empleador asume el riesgo financiero de proporcionar beneficios de salud a sus empleados. Un plan está completamente asegurado cuando todos los beneficios están garantizados por un contrato de seguro que transfiere el riesgo a un asegurador.

* Este término y su definición no están incluido en el Glosario de seguro de salud publicado en el sitio Web del NAIC

** Este término y/o definición ha sido modificado del Glosario de seguro de salud del NAIC.