



LOS CAMBIOS DE VIDA  
REQUIEREN TOMAR  
DECISIONES MÉDICAS  
CONOZCA SUS OPCIONES  
DE BENEFICIOS



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

# Los cambios de vida requieren tomar decisiones médicas... Conozca sus opciones de beneficios



Si conoce sus opciones de beneficios, puede obtener una mejor protección para

usted y sus dependientes. Con cierta información básica, puede tomar medidas que dicta el sentido común para asegurarse de tener el nivel de cobertura de salud que necesita en cada etapa de su vida.

## Matrimonio

**Lo que tiene que saber:** Cuando contrae matrimonio, es posible que se modifique su cobertura de salud. Pueden agregarse usted, su nuevo cónyuge y sus hijos al plan de su empleador, inscribirse en el plan del empleador de su cónyuge u obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Mercado). Obtenga información detallada de las opciones de inscripción especial y asegúrese de comprender cómo funcionan los diferentes planes. Probablemente desee conocer los beneficios cubiertos, los montos de los deducibles o copagos que deberá pagar, las primas que pagará y si puede continuar atendiéndose con los mismos médicos.

**Lo que tiene que hacer:** A fin de cumplir con los requisitos para la inscripción especial en el plan del empleador bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés),

debe solicitar la inscripción suya, de su nuevo cónyuge y de sus hijos en el plan de su empleador o en el plan del empleador de su cónyuge en un plazo de 30 días contado a partir de la fecha en que contrajo matrimonio. Si usted elige inscribirse en una cobertura a través del Mercado, debe seleccionar un plan para usted y su familia en un plazo de 60 días contado a partir de la fecha en que contrajo matrimonio.

Revise la información de todas las opciones y compárelas antes de decidir qué cobertura de salud es mejor para usted.

## Embarazos, nacimientos y adopciones

**Lo que tiene que saber:** Bajo la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), muchos planes de empleadores y todos los planes obtenidos a través del Mercado deben incluir beneficios en caso de embarazo, nacimiento de hijos y atención a recién nacidos. La mayor parte de los planes también cubren la atención de bebés y niños sanos sin tener que abonar un copago, coseguro o deducible, siempre que usted visite a un proveedor de la red.

Nacimientos y adopciones (incluida la colocación para adopción) pueden dar lugar a un período de inscripción especial durante el cual usted, su cónyuge y los nuevos dependientes pueden inscribirse en el plan de un empleador o en un plan del Mercado. Bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (Ley de Recién Nacidos), los planes que ofrecen beneficios por maternidad y para recién nacidos generalmente deben proporcionar cobertura para que las madres y los recién nacidos permanezcan en el hospital un mínimo de 48 horas tras un parto vaginal o de 96 horas tras una cesárea, a menos que el médico u otro tratante, en consulta con la madre, dé el alta antes. Si en el estado donde usted se encuentra existe una ley que establece protecciones similares y su plan ofrece cobertura a través de una póliza de seguros o de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), probablemente esté protegido por la ley estatal en lugar de por la Ley de Recién Nacidos. Su plan debe brindarle una notificación sobre sus derechos a obtener una hospitalización después del parto. Si usted cuenta con

un seguro para su plan, la notificación debe describir las medidas de protección a su disposición bajo las leyes estatales.

**Lo que tiene que hacer:** Consultar el Resumen de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) para conocer qué cubre su plan en caso de maternidad y nacimientos, y también en relación con la atención de bebés y niños sanos. Para obtener más información sobre los requisitos de la ley estatal en relación con las hospitalizaciones luego del parto, visite el sitio Web de la National Association of Insurance Commissioners en [naic.org](http://naic.org) y vaya al “States & Jurisdictions Map” para encontrar la oficina del comisionado de seguros de su estado.

Para solicitar una inscripción especial en un plan del empleador, debe notificar a su plan en un plazo de 30 días del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción. La cobertura de su hijo entrará en vigencia en la fecha del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción. Es posible que su plan exija que la notificación sea por escrito.

Si usted elige inscribir a su hijo en la cobertura del Mercado, debe hacerlo en un plazo de 60 días del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción.

## Cuando su hijo(a) ya no cuenta como dependiente

**Lo que tiene que saber:** Si el plan de su empleador ofrece cobertura para hijos dependientes, su hijo puede permanecer en su plan hasta los 26 años de edad. Una vez que su hijo “alcanza la mayoría de edad”, es posible que su hijo cumpla los requisitos para obtener la cobertura del plan de su propio empleador; o bien, que cumpla los requisitos para la inscripción especial en la cobertura del Mercado o con los requisitos para obtener una extensión temporal de la cobertura de salud de hasta 36 meses en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés). En general, la Ley COBRA aplica a los planes de salud colectivos ofrecidos por los empleadores con 20 empleados o más.

**Lo que tiene que hacer:** Para obtener una inscripción especial en la cobertura del Mercado, su hijo debe inscribirse en un plazo de 60 días de la fecha en la que alcanzó la mayoría de edad establecida para su plan. Para elegir una cobertura de la Ley COBRA, debe notificar a su empleador por escrito en un plazo de 60 días de la fecha en que su hijo con cobertura cumplió los 26 años de edad. A su vez, su plan debe notificar a su hijo sobre su derecho a la extensión de los beneficios de salud en virtud de la Ley COBRA. Su hijo tendrá 60 días desde la fecha de envío de la notificación para elegir la cobertura COBRA.

## Muerte, separación legal y divorcio

**Lo que tiene que saber:** Cuando un empleado con cobertura en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador fallece, se separa legalmente o se divorcia, es necesario que el cónyuge y los hijos dependientes con cobertura evalúen sus opciones de cobertura médica. Si el cónyuge tiene un plan de salud disponible a través de su empleador, es posible que el cónyuge y sus dependientes cumplan con los requisitos para obtener una inscripción especial en ese plan. O bien, podrían obtener una inscripción especial en la cobertura médica a través del Mercado.

Es posible que el cónyuge y sus hijos dependientes también cumplan con los requisitos para continuar con su cobertura médica existente por un máximo de 36 meses. El plan debe notificarlos de su derecho a adquirir una extensión de la cobertura médica en virtud de la Ley COBRA. La mayor parte de los planes requieren que las personas que cumplen los requisitos elijan la cobertura COBRA en un plazo de 60 días de la fecha de notificación del plan.

**Lo que tiene que hacer:** Para obtener una inscripción especial en la cobertura de salud, el cónyuge y los hijos dependientes deben solicitar una inscripción especial en el plan del empleador de su cónyuge en un plazo de 30 días de la pérdida de cobertura o seleccionar un plan del Mercado como máximo 60 días antes o 60 días después de la pérdida de cobertura.

En el caso de la cobertura COBRA, si el empleado que cuenta con la cobertura del plan de salud fallece, el empleador debe notificar al plan en un plazo de 30 días. Si se produce un divorcio o una separación legal,

el empleado, el cónyuge o los hijos dependientes con cobertura deben notificar al plan por escrito en un plazo de 60 días. En caso de muerte del empleado con cobertura, divorcio o separación legal, el plan debe notificar al cónyuge y a los hijos dependientes que cumplen con los requisitos y quienes perderían la cobertura del plan sobre su derecho a adquirir una extensión temporal de la cobertura de salud. La mayor parte de los planes requieren que las personas que cumplen con los requisitos elijan la cobertura COBRA en un plazo de 60 días del de la notificación del plan.

## Para obtener más información:

La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo administra varias leyes importantes de beneficios de salud que regulan el plan de salud provisto por el empleador (cómo funciona, cómo hacer para cumplir con los requisitos para obtener los beneficios, sus derechos básicos a obtener información y cómo reclamar los beneficios). Asimismo, existen leyes específicas que protegen su derecho a obtener beneficios de salud cuando pierde la cobertura o cambia de trabajo. EBSA también supervisa las leyes de salud que cubren condiciones médicas especiales.

Visite el sitio Web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en [dol.gov/ebsa](http://dol.gov/ebsa) para ver las siguientes publicaciones. Para solicitar copias o para solicitar la ayuda de un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a [askebsa.dol.gov](http://askebsa.dol.gov) o llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272**.

- Una guía para el empleado sobre los beneficios de salud bajo COBRA
- Cobertura de jubilación y atención de salud... Preguntas y respuestas para trabajadores desplazados
- Las 10 mejores maneras de hacer que sus beneficios de salud funcionen para usted
- Los cambios de condición laboral requieren hacer elecciones médicas... Proteja sus derechos
- Your Health Plan and You – Know Your Health Coverage Protections

También puede visitar el sitio Web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llamar al **1-800-318-2596** para obtener más información acerca de los planes del Mercado. O comuníquese con la oficina del comisionado de seguros de su estado.



**ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO**  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU