

Hoja informativa sobre la La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)

¿Qué son los Beneficios Esenciales de Salud y por qué son importantes para mi hijo/a con necesidades médicas especiales?

Una de las nuevas protecciones importantes proporcionadas por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio es que todos los planes de salud ahora deben ofrecer un paquete integral de artículos y servicios, conocido como **Beneficios Esenciales de Salud (EHBs, por sus siglas en inglés)**. Para las familias que tienen niños/jóvenes con discapacidades o necesidades médicas especiales, tener cobertura para estos servicios, incluyendo la cobertura para servicios de salud mental y salud del comportamiento, cuidado pediátrico dental y de la vista, servicios de habilitación y rehabilitación puede ser realmente útil.

¿Cuáles servicios están incluidos bajo los Beneficios Esenciales de Salud (EHBs, por sus siglas en inglés)?

Los beneficios esenciales de salud deben incluir, como mínimo, artículos y servicios en cada una de las siguientes 10 categorías:

- atención ambulatoria al paciente;
- atención en casos de emergencia;
- hospitalización;
- maternidad y cuidado de recién nacidos;
- servicios de salud mental y desórdenes relacionados al uso de sustancias, incluyendo tratamientos de salud del comportamiento;
- medicamentos;
- servicios y aparatos de habilitación y rehabilitación¹(*vaya a la página 2 para leer una explicación*);
- servicios de laboratorio;
- servicios preventivos y de bienestar y gestión de enfermedades crónicas;
- servicios pediátricos, incluyendo cuidado pediátrico dental y de la vista.

Tenga presente que todos los planes nuevos de seguro médico deben cubrir estos beneficios para ser certificados y ser ofrecidos en el Mercado de Seguros Médicos.

¿Hay alguna excepción a este nuevo requisito?

Sí, algunos planes de grupos grandes y de auto-asegurado (planes ERISA) están exentos de este mandato de la ACA. Además, hay algunos planes de salud que existían antes del 23 de marzo de 2010 que fueron vendidos a individuos y negocios que son considerados planes "heredados" y estos planes no tienen la obligación de cubrir todos los beneficios esenciales de salud (EHBs). Estos planes no son vendidos a través de **cuidadodesalud.gov** (el *Mercado*). Para averiguar si su plan de seguro es "heredado" o un plan exento, póngase en contacto con su empleador o llame a la Oficina del Comisionado de Seguros (OCI, por sus siglas en inglés) marcando el **1-800-236-8517**.



¿Qué son los Servicios de habilitación y rehabilitación?¹

La rehabilitación incluye servicios que usted o su familia pueden necesitar para recobrar sus funciones después de una lesión o enfermedad e incluye cuidado clínico crítico en el hospital o tratamiento en un hospital de rehabilitación o clínica de rehabilitación de pacientes externos. Por ejemplo, si su familiar se rompió la pierna, la fisioterapia para ayudarlo a recobrar su capacidad de andar estaría cubierta bajo "Servicios de rehabilitación"

La **habilitación** se centra en ayudarle a usted o un miembro de la familia a alcanzar, mantener o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Por ejemplo están la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada o enseñarle a un adulto con una discapacidad la coordinación motriz fina necesaria para vestirse. Los Servicios de habilitación incluyen terapia física, vocacional y del habla, y audiología y otros servicios que son ofrecidos tanto en hospitales como en clínicas para pacientes externos.

Para enterarse más acerca de estos servicios vea la hoja informativa #4 de National Disability Navigator Resource Collaborative en www.nationaldisabilitynavigator.org/ndnrc-materials/fact-sheets/fact-sheet-4/

¿Qué pasa si mi plan no cubre uno o más de estos beneficios?

Los planes de la salud ofrecidos en los mercados para individuos y grupos pequeños, tanto dentro como fuera del Mercado de Seguros Médicos deben cubrir los Beneficios Esenciales de Salud. Si cree que su plan no cubre un beneficio, contacte al Comisionado de Seguros de Wisconsin para que le ayude a averiguar más, llamando al **1-800-236-8517** o <https://ociaccess.oci.wi.gov/complaints/public/> Recuerde, este requisito de la ACA no se aplica a planes "heredados", de auto-asegurado o planes de grupos grandes.

En el caso en que su plan esté denegando una solicitud para un servicio específico, póngase en contacto con el departamento de atención al cliente de su plan de salud y solicite una copia de su plan. La idea es ver el lenguaje específico y el procedimiento del plan para apelar la decisión. Puede considerar enviar una apelación directamente a su plan de la salud.

Tenga presente que aunque la Ley de Cuidado de Salud A Bajo Precio obliga a que los planes de salud cubran los EHBs, los planes aún pueden limitar el número de visitas o sesiones por año. Por ejemplo, el plan cubre servicios de terapia vocacional o física para las demoras en el desarrollo de su niño, sin embargo, ellos pueden limitar el número de sesiones de terapia al año.

Recursos para aprender más

Para aprender más acerca de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y entender la cobertura de su plan de salud vaya al sitio web del Mercado (www.cuidadodesalud.gov) o llame al Mercado marcando el 1-800-318-2596 disponible 24/7. Para aprender sobre opciones de cobertura para familias incluyendo aquellas que tienen niños con necesidades especiales de asistencia médica y/o discapacidades, vaya al sitio web de Family Voices <http://fvofwi.org/public-policy/affordable-care-act/>

Si tiene preguntas o necesita ayuda para conseguir acceso a recursos o servicios, póngase en contacto con su Centro Regional para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud. Para encontrar el Centro Regional más cercano a usted llame al **1.800.642.7837**.