

## **CERTIFICADO DE COBERTURA DEL PLAN MÉDICO GRUPAL**

1. Fecha de este certificado: \_\_\_\_\_
2. Nombre del participante: \_\_\_\_\_
3. Nombre del plan médico grupal: \_\_\_\_\_
4. Número de identificación del participante: \_\_\_\_\_
5. Nombre de todos los dependientes a quienes corresponda este certificado:  
\_\_\_\_\_
6. Nombre, dirección y número de teléfono del emisor responsable de otorgar este certificado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Para obtener más información llame al: \_\_\_\_\_
8. Si las personas identificadas en los renglones 2 y 5 tienen como mínimo 18 meses de cobertura acreditable (sin considerar los períodos de cobertura anteriores a un lapso de 63 días), marque aquí \_\_\_ e ignore los renglones 9 y 10.
9. Fecha de inicio del período de espera o período de afiliación (si corresponde): \_\_\_\_\_
10. Fecha de inicio de la cobertura: \_\_\_\_\_
11. Fecha de finalización de la cobertura: \_\_\_\_\_  
(o marque si la cobertura continúa a partir de la fecha de este certificado \_\_\_\_\_).

*NOTA: Se otorgarán certificados aparte si la información del participante y cada dependiente cubierto no es la misma.*

### **Declaración de los derechos de portabilidad de la HIPAA**

**IMPORTANTE – CONSERVE ESTE CERTIFICADO.** Se le otorga este certificado en cumplimiento de los requisitos de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996. El presente deja constancia de su cobertura médica anterior en el Programa Estatal de Beneficios Médicos de New Jersey. Es probable que usted deba otorgar este certificado a su nueva aseguradora si es elegible por un plan médico grupal que excluye la cobertura de ciertas condiciones médicas que tiene antes de inscribirse. Es probable que tenga que entregar este certificado si se recomendó o recibió tratamiento, atención, diagnóstico o asesoramiento médico para tratar la condición dentro del período de 6 meses anterior a su inscripción en el nuevo plan. Si comienza a recibir cobertura de otro plan médico grupal, comuníquese con el administrador del plan para comprobar si necesita entregar este certificado. Es probable que necesite este certificado para adquirir, para usted o su familia, una póliza de seguro que no excluya la cobertura de condiciones médicas anteriores a su inscripción.

**Exclusiones de condiciones preexistentes:** Algunos planes médicos grupales restringen la cobertura de condiciones médicas anteriores a la inscripción de una persona. Estas restricciones se conocen como “exclusiones de condiciones preexistentes”. Una exclusión por condiciones preexistentes sólo puede aplicarse a condiciones para las cuales se recomendó o recibió tratamiento, atención, diagnóstico o asesoramiento médico dentro de los 6 meses anteriores a su “fecha de inscripción”. Su fecha de inscripción es su primer día de cobertura con el plan o (si existe un período de espera) el primer día de su período de espera (generalmente, su primer día de trabajo). Además, una exclusión por condiciones preexistentes no puede durar más de 12 meses después de su fecha de inscripción (18 meses si usted es un inscrito fuera de término). Por último, la exclusión por condiciones preexistentes no puede aplicarse a mujeres embarazadas ni a niños inscritos en una cobertura médica dentro de los 30 días a partir de su nacimiento, adopción o colocación para adopción.

*(Continúa al dorso)*

**Declaración de los derechos de portabilidad de la HIPAA** (continuación)

Si un plan impone una exclusión por condiciones preexistentes, la duración de la exclusión debe disminuirse de acuerdo con el monto de su cobertura acreditable. La mayoría de las coberturas médicas son coberturas acreditables, incluyendo: la cobertura del plan médico grupal, la cobertura de continuación según la ley COBRA, la cobertura con póliza de atención médica individual, Medicare, Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) y la cobertura a través de fondos para riesgos altos y el Cuerpo de Paz (Peace Corps). No es necesario que todas las formas de cobertura acreditable otorguen certificados como éste. Si no recibe un certificado por cobertura anterior, comuníquese con el administrador de su nuevo plan.

Puede agregar cualquier cobertura acreditable que tenga, incluyendo la cobertura que figura en este certificado. Sin embargo, si en algún momento se queda sin cobertura durante 63 días o más (denominado interrupción de la cobertura), es probable que un plan no tenga en cuenta la cobertura que usted tuvo antes de la interrupción.

- Por lo tanto, una vez que finalice su cobertura, debería tratar de obtener una cobertura alternativa lo antes posible para evitar una interrupción de 63 días. Puede utilizar este certificado como constancia de su cobertura acreditable para disminuir la duración de la exclusión de cualquier condición preexistente si se inscribe en otro plan.

**Derecho a obtener una inscripción especial en otro plan:** Según la HIPAA, si pierde la cobertura del plan médico grupal, quizá pueda ingresar a otro plan médico grupal para el cual usted sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si el plan generalmente no acepta inscritos fuera de término, si solicita la inscripción dentro de 30 días. (El matrimonio, el nacimiento, la adopción y la colocación para adopción confieren derechos adicionales de inscripción especial).

- Por lo tanto, una vez que finalice su cobertura, si usted es elegible para obtener cobertura de otro plan (como el plan de su cónyuge), debe solicitar una inscripción especial lo antes posible.

**Prohibición de la discriminación en base a un factor relacionado con la salud:** Según la HIPAA, un plan médico grupal no puede dejarlo (a usted o sus dependientes) fuera del plan basándose en un factor relacionado con su salud. Además, un plan médico grupal no puede cobrarle (a usted o sus dependientes) un monto de cobertura superior al monto que se cobra a una persona que se encuentra en una situación similar, basándose en factores relacionados con la salud.

**Derecho a recibir cobertura médica individual:** Según la HIPAA, si usted es una “persona elegible”, tiene derecho a adquirir ciertas pólizas médicas individuales (o en algunos estados, a adquirir una cobertura a través de un fondo para riesgos altos) sin exclusión por condiciones médicas preexistentes. Para ser una persona elegible, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Usted ha estado cubierto por al menos 18 meses sin interrupción de 63 días o más;
- Su más reciente cobertura era brindada por un plan médico grupal (esto puede demostrarse mediante este certificado);
- Su cobertura grupal no finalizó debido a fraude o falta de pago de las primas;
- Usted no es elegible para una cobertura de continuación COBRA o ha agotado sus beneficios COBRA (o una cobertura de continuación brindada según una disposición estatal similar); y
- Usted no es elegible para otro plan médico grupal, Medicare o Medicaid y no cuenta con ninguna otra cobertura de seguro médico.

El derecho a adquirir cobertura individual es el mismo ya sea que usted haya renunciado, haya sido suspendido o despedido.

- Por lo tanto, si usted se encuentra interesado en recibir cobertura individual y cumple con los criterios de elegibilidad, debe solicitar esta cobertura lo antes posible para evitar perder su estado de elegibilidad debido a una interrupción mayor a 63 días.

**Flexibilidad del estado:** este certificado describe las protecciones mínimas de la HIPAA según las leyes federales. El estado podrá solicitar a las aseguradoras y HMO que brinden protecciones adicionales a las personas de ese estado.

**Para obtener más información:** si usted tiene preguntas sobre sus derechos según la HIPAA, podrá comunicarse con su departamento estatal de seguros o con el Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado (EBSA) al número gratuito 1-866-444-3272 (para recibir publicaciones gratuitas de la HIPAA solicite las publicaciones relacionadas con los cambios en las leyes de atención médica). También podrá comunicarse con la línea directa de publicación de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (solicite *Protecting Your Health Insurance Coverage (Cómo proteger su cobertura de seguro médico)*). Estas publicaciones y otra información útil también se encuentran disponibles a través de Internet en: [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), las páginas Web interactivas del DOL (Departamento de Trabajo) - Health E-laws (asistencia en leyes de empleo para trabajadores y pequeñas empresas en relación a la salud) o en: [www.cms.hhs.gov/hipaa1](http://www.cms.hhs.gov/hipaa1).

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CERTIFICADO DE COBERTURA DE LA HIPAA

Completar un *Certificado de Cobertura* es un requisito de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA). La HIPAA solicita que los planes médicos grupales brinden de forma automática un *Certificado de Cobertura* a cualquier empleado o dependiente cubierto que pierde una cobertura grupal después del 1 de junio de 1997. La HIPAA también solicita que se brinde un *Certificado de Cobertura* a las personas cubiertas por un plan grupal que hayan perdido su cobertura entre el 1 de junio de 1996 y el 1 de junio de 1997 al momento en el que dicha persona o su agente designado (Ej. un nuevo proveedor de seguro grupal) lo solicite. **En el Programa Estatal de Beneficios Médicos (SHBP), el empleador local participante o la oficina de nómina del Estado tiene la responsabilidad de brindar los *Certificados de Cobertura* solicitados.**

**PASO 1:** Indique la fecha en la que completa el formulario.

**PASO 2:** Indique el nombre completo del participante cubierto que solicita el *Certificado de Cobertura*.

**PASO 3:** Indique el nombre del plan médico del SHBP que cubría al participante.

**PASO 4:** Indique el número de identificación de la cobertura médica del SHBP que pertenece al participante.

**PASO 5:** Indique el nombre completo de cualquier dependiente cubierto por la cobertura médica del participante al momento de la finalización de la cobertura. Indique cualquier dependiente que no tenía cobertura durante el mismo período que el participante. Por ejemplo, si el participante estuvo cubierto por más de 18 meses, pero el dependiente sólo estuvo cubierto por ocho meses, indíquelo en el formulario.

**PASO 6:** En la mayoría de los casos, el nombre, el domicilio y número telefónico del empleador que emite el certificado se indicará aquí. Si el *Certificado de Cobertura* se emite subsecuentemente a la finalización de la cobertura según COBRA, el administrador COBRA del SHBP completará este formulario e indicará la información que lo identifique aquí.

**PASO 7:** Indique el mismo número telefónico indicado en el paso 6.

**PASO 8:** Designe el período de tiempo por el cual el participante tiene derecho a la cobertura según las disposiciones de exclusión por condición preexistente establecida por el nuevo plan (si corresponde). Esto incluye el período de tiempo que el participante estuvo cubierto por el plan del SHBP, ya sea como empleado activo u otro, incluyendo COBRA. Si el participante estuvo 63 días consecutivos o más sin cobertura médica, se ignora cualquier cobertura que el participante tuvo antes de una interrupción importante en la misma. Un período de espera antes de que un empleado sea elegible para la cobertura del plan no cuenta como parte de una interrupción importante en la misma ni en el total de la cobertura acreditable de una persona. También debe designar el período de cobertura para los dependientes si no son el participante. Haga esto en el paso 4. El período más largo por condición preexistente según la HIPAA es de 18 meses, por lo tanto si el participante estuvo cubierto por un plan SHBP por al menos 18 meses, eso es todo lo que debe informarse aquí. Si el período de cobertura es menor a 18 meses, debe informarse lo siguiente en los pasos 9 al 11:

- el primer día del período de espera completado por el participante, si corresponde (éste es el período entre la fecha de contratación y el comienzo de la cobertura);
- el primer día de cobertura acreditable del participante;
- el último día de cobertura acreditable del participante.

**PASO 9:** Indique el día en que comienza el período de espera (si corresponde). Éste sería el primer día de trabajo de un nuevo empleado cuya cobertura no comienza de forma inmediata.

**PASO 10:** Indique la fecha en la que la cobertura comienza.

**PASO 11:** Indique la fecha en la que la cobertura finaliza. Si usted tiene la confirmación de que la cobertura según COBRA o SHBP Retired Group continúa, marque el casillero de continuación de cobertura. No marque el casillero de continuación de cobertura si usted no está seguro de haber iniciado una solicitud a COBRA o a Retired Group o que se ha procesado la inscripción.