

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE DE SU DERECHO A RECIBIR DOCUMENTACIÓN SOBRE SU COBERTURA MÉDICA

Las recientes modificaciones de las leyes federales pueden afectar su cobertura médica si usted está inscrito o es elegible para inscribirse en una cobertura médica que excluye la cobertura de condiciones médicas preexistentes.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) del año 1996 limita las circunstancias en las cuales se excluye la cobertura de condiciones médicas existentes antes de su inscripción. Según la ley, por lo general la exclusión por condiciones preexistentes no puede imponerse durante más de 12 meses (18 meses para personas inscritas fuera de término). Su cobertura médica anterior reduce el período de exclusión de 12 meses (ó 18 meses). Usted tiene derecho a obtener un certificado que compruebe su cobertura médica anterior. Si usted adquiere un seguro médico que no sea a través de un plan médico grupal del empleador, un certificado de cobertura anterior puede ayudarlo a obtener cobertura sin exclusión por condiciones preexistentes.

Con respecto a los planes médicos grupales del empleador, estas modificaciones por lo general entran en vigencia a principios del primer año del plan posterior al 30 de junio de 1997. Por ejemplo, si el año del plan de su empleador comienza el 1 de enero, el plan no tiene la obligación de reconocer su cobertura anterior hasta el 1 de enero de 1998.

Usted tiene derecho a obtener un certificado de cobertura médica anterior desde el 1 de julio de 1996. Es posible que necesite presentar otra documentación de los períodos anteriores de cobertura médica. Verifique con el administrador de su nuevo plan si éste excluye la cobertura por condiciones preexistentes y si usted debe presentar un certificado u otra documentación de su cobertura anterior.

Si necesita un certificado de cobertura, complete el formulario adjunto y envíelo a:

Nombre del empleador anterior: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Usted debe recibir el certificado en forma inmediata. Conserve una copia de este formulario completo. También puede solicitar certificados para cualquiera de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) inscritos en su cobertura médica.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE COBERTURA MÉDICA

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre y parentesco de todos los dependientes para quienes se solicitan los certificados (y sus direcciones si difieren de la dirección antes mencionada): _____

