

PERÍODO DE ESPERA PARA AFECCIONES PREEXISTENTES

Tenga en cuenta lo siguiente: no hay período de espera para afecciones preexistentes en los planes de atención a la salud en grupo con fecha de vigencia a partir del 1 de enero de 2014.

Si su plan entra en vigencia antes del 1 de enero de 2014 y no se renueva en 2014, incluirá un período de espera para afecciones preexistentes para los miembros mayores de 19 años. Una afección preexistente es una condición, sin importar la causa, para la cual se recomendó o recibió una consulta médica, un diagnóstico, atención o tratamiento en un período de tiempo que termina en su “fecha de inscripción”. Este período de “retroactividad” es de 6 meses si su empleador tiene 50 empleados o menos o 3 meses si su empleador tiene más de 50 empleados. La “fecha de inscripción” es la fecha de contratación de un empleado y los dependientes elegibles que se inscriben cuando el empleado es elegible por primera vez. Si un empleado está siendo transferido de una clasificación no elegible de empleados, la fecha de inscripción es la fecha en que el empleado entró a la clasificación elegible. Para todos los demás, la fecha de inscripción es la fecha en que comienza la cobertura. Su período de espera para afecciones preexistentes será de 9 meses desde la fecha de su inscripción si su empleador tiene 50 empleados o menos o 3 meses si su empleador tiene más de 50 empleados.

Por favor consulte con su empleador si tiene una pregunta con respecto al número total de empleados en su compañía.

Si su plan tiene un período de espera para afecciones preexistentes, no se proporcionarán beneficios para afecciones preexistentes hasta que su cobertura entre en vigencia y se haya cumplido su período de espera para afecciones preexistentes. La duración de su período de espera para afecciones preexistentes se podría reducir por períodos de cobertura “acreditable” (véase a continuación) que haya acumulado en otros planes de atención a la salud antes de su fecha de inscripción en este plan. Recibirá crédito por la cobertura acreditable anterior que tuvo lugar sin interrupción en la cobertura de más de 3 meses. Cualquier cobertura que haya tenido antes de una interrupción en la cobertura que exceda 3 meses no se acreditará a su período de espera para afecciones preexistentes.

Proporcione una copia del Certificado de cobertura acreditable que recibió de su compañía aseguradora anterior. Si no tiene Certificado de cobertura acreditable, o lo ha extraviado, tiene derecho a pedir uno a su empleador anterior o compañía aseguradora en el transcurso de 24 meses de la fecha en que terminó su cobertura bajo ese plan. Si necesita ayuda para obtener información de la cobertura acreditable de su plan anterior o compañía aseguradora anterior, por favor llámenos al número que figura a continuación y le ayudaremos. Si no se proporciona la información de la cobertura anterior, se aplicará el período de espera en su totalidad.

COBERTURA ACREDITABLE

“Cobertura acreditable” significa cobertura de atención a la salud previa o continuada, incluida cualquier cobertura en grupo para atención a la salud (incluido el Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales y del Cuerpo de Paz [Federal Employees Health Benefits Plan and the Peace Corps]), cobertura individual de atención a la salud (incluidos los planes de atención a la salud para estudiantes), Medicare, Medicaid, CHAMPUS, Servicio de Salud indígena o cobertura de salud por una organización tribal, cobertura de alto riesgo del fondo estatal, Programas Estatales de Seguro de Salud para Niños (State Children’s Health Insurance Program, SCHIP), un plan de salud pública establecido o mantenido por un Estado, el gobierno de los Estados Unidos, un país extranjero o cualquier subdivisión política de un Estado, el gobierno de los Estados Unidos, o un país extranjero que proporciona cobertura de salud para individuos que están inscritos en el plan.

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. Primera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y el documento en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.

DERECHO A INSCRIPCIONES ESPECIALES

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de atención a la salud, usted o sus dependientes pueden inscribirse en este plan en una fecha futura, siempre que solicite la inscripción en el plazo de 30 días luego de que su otra cobertura finalice. Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, a menos que se haya especificado un límite de tiempo diferente en su folleto de beneficios.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información que se incluye en esta notificación, por favor llámenos al 1-800-722-1471.

Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. Primera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y el documento en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals
PO Box 91102, Seattle, WA 98111
Toll free 855-332-4535, Fax 425-918-5592, TTY 800-842-5357
Email AppealsDepartmentInquiries@PREMERA.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.