Texas CHAP Consumer Health Assistance Program

Texas Department of Insurance
1-855-TEX-CHAP (1-855-839-2427)
www.TexasHealthOptions.com

Fact Sheet

For People with Insurance

The Patient Protection and Affordable Care Act (the federal health care reform law) expanded health care options for people with insurance.

Here are some of the benefits of the law:

Lifetime and Annual Limits
Individual and group plans may no longer put dollar limits on the essential health benefits you receive over your lifetime.

Job-related and individual plans issued after March 23, 2010, must also start phasing out the annual dollar limits they place on coverage.

Insurance companies must eliminate annual dollar limits on most benefits for plans issued on or after January 1, 2014.

The lifetime and annual caps only apply to the "essential health benefits" that the U.S. Department of Health and Human Services says every plan must offer.

Access to Free Preventive Services
You can now receive some preventive services free (with no copayments or deductibles).

Some of the services you could get are flu shots; HIV and cancer screenings; and counseling on eating healthy or depression. Visit www.healthcare.gov/prevention for a list of preventive services.

If you currently have a plan that existed on or before March 23, 2010, the plan may be considered "grandfathered." Grandfathered plans don't have to comply with some of the requirements of the federal health care reform law, including the requirement to offer free preventive services.

Losing your Insurance
Group and individual plans can no longer rescind coverage if you get sick or make an honest mistake on your application. "Rescind" means to cancel a policy back to the effective date as if it had never been issued. Companies may only rescind a policy if you commit fraud or intentionally misrepresent a material fact.

If your company determines that you intentionally put false or incomplete information on your insurance application, it must give you at least 30 calendar days' notice before rescinding your coverage. During that time, you may be able to appeal the decision or find new coverage.

Getting Value for your Premiums
Companies must spend at least 80 percent of your premium dollars on medical services and programs rather than administrative costs. This is called the medical loss ratio.

Companies that don't spend at least 80 percent must give their plan participants a rebate. The rebate may go to the employer if the employer paid its employees' premiums.

Justifying Rate Increases
Companies must justify any rate increases of 10 percent or more before the increase takes effect.

You can view your company's medical loss ratio and see all rate increase explanations at http://companyprofiles.healthcare.gov/.

Greater Choice in Doctors
You can choose any doctor in your plan's network as your primary care doctor, and you don't have to get a referral before visiting a network OB-GYN specialist. You also don't have to get prior approval before going to an out-of-network emergency room. Grandfathered plans are exempt from this provision.

Departamento de Seguros de Texas
1-855-TEX-CHAP (1-855-839-2427)
www.TexasHealthOptions.com

Hoja Informativa

Para Personas con Seguro

La Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente (la ley de reforma federal para los servicios de salud) amplió las opciones de los servicios de salud para las personas con seguro.

Los siguientes son algunos de los beneficios de esta ley:

Límites de por Vida y Anuales
Los planes individuales y en grupo ya no pueden poner límites en dólares en los beneficios esenciales de salud que usted recibe durante su vida.

Los planes individuales y los relacionados con el trabajo que fueron emitidos después del 23 de marzo de 2010, deben también comenzar a eliminar gradualmente los límites en dólares anuales que se establecen en la cobertura.

Las compañías de seguros deben eliminar los límites en dólares anuales en la mayoría de los beneficios que sean emitidos en o después del 1º de enero de 2014.

Los límites de por vida y anuales solamente aplican a los "beneficios de salud esenciales" que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, por su nombre en inglés) dice que cada plan debe ofrecer.

Acceso a Servicios Preventivos Gratuitos
Usted ahora puede obtener algunos servicios preventivos gratis (sin copagos o deducibles).

Algunos de los servicios que usted podría obtener son vacunas contra la gripe, exámenes de VIH y cáncer; así como consejería sobre los anticonceptivos. Visite www.healthcare.gov/prevention para obtener una lista de los servicios preventivos.

Si actualmente usted tiene un plan que existía en o antes del 23 de marzo de 2010, es posible que este plan

sea considerado un plan con "derechos adquiridos" (grandfathered plan, por su nombre en inglés). Los planes con derechos adquiridos no tienen que cumplir con algunos de los requisitos de la ley de reforma federal para los servicios de salud, incluyendo el requisito para ofrecer servicios preventivos gratuitos.

Pérdida de su Seguro
Los planes en grupo e individuales ya no pueden anular la cobertura si usted se enferma o comete un error honesto en su solicitud. "Anular" significa cancelar una póliza de regreso a la fecha de efectividad, tal como si nunca se hubiera emitido. Las compañías solamente pueden anular una póliza si usted comete fraude, o si intencionalmente falsifica un hecho material.

Si su compañía determina que usted intencionalmente ingresó información falsa o incompleta en su solicitud de seguro, deben darle un aviso al menos 30 días naturales antes de anular su cobertura. Durante ese tiempo, usted puede apelar la decisión o encontrar una nueva cobertura.

Cómo Obtener Más Valor por sus Primas
Las compañías de seguros deben gastar al menos el 80 por ciento de las primas en dólares suyas en servicios médicos y programas, en vez de gastarlo en costos administrativos.

Las compañías que no gastan al menos el 80 por ciento deben dar un descuento a los participantes en el plan. El descuento puede dársele al empleador si el empleador es quien pagó por las primas de los empleados.

Justificación de los Aumentos a los Precios
Las compañías deben justificar cualquier aumento de precio del 10 por ciento o más antes de que el aumento entre en vigor.

Usted puede ver el índice de pérdidas de su compañía y ver todas las explicaciones de los aumentos de precios en http://companyprofiles.healthcare.gov/.

Más Opciones en Médicos
Usted puede escoger a cualquier médico en el plan de la red para que sea su médico de cabecera, y no tiene que obtener una recomendación médica antes de ir a un especialista en obstetricia y ginecología de la red. También no es necesario que usted obtenga una aprobación antes de ir a una sala de emergencias que esté fuera del plan de la red. Los planes adquiridos están exentos de esta provisión.