Texas CHAP Consumer Health Assistance Program

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

Fact Sheet

Protecting Your Choice of Health Care Providers

The Patient Protection and Affordable Care Act (the federal health care reform law) allows greater choice in choosing and accessing doctors and emergency room care.

What does this mean for me?

- **You select the doctor.** The law permits you to choose any available participating primary care provider to be your primary care doctor. You can choose any available participating pediatrician to be your child's primary care doctor.
- **No barriers to OB-GYN services.** The law also prohibits health plans from requiring a referral before you can seek care from a participating OB-GYN specialist.
- **Access to out-of-network emergency room services.** The law generally prevents health plans from having higher copayments or coinsurance for emergency room services that are obtained outside of your plan's network. The law also prohibits plans from requiring you to get prior approval before seeking emergency room services from a provider or hospital outside of your plan's network.

Note: You may still be responsible for the difference between the amount billed by the provider for out-of-network emergency room services and the amount paid by your health plan.

Do these patient protections apply to my health plan?

These provisions apply to all employment-based group health plans and to all individual health insurance policies that are issued on and after March 23, 2010.

These protections may not apply to employment-based group health plans and individual health insurance policies that already existed on or before March 23, 2010, because these may be grandfathered.

(Plans and policies that existed on or before March 23, 2010 are known as "grandfathered" plans or policies, and these patient protections do not apply to grandfathered plans and policies.)

Your health policy must disclose in its plan materials whether it's a grandfathered plan. For more information, contact the U.S. Department of Labor about employment-based group health plans and the U.S. Department of Health and Human Services about individual health insurance policies. You can also file a complaint with TDI.

When do these protections take effect?

If your plan is not grandfathered, these protections will begin when you start a new plan year or policy year on or after September 23, 2010.

> A **plan year** is a 12-month period of benefits coverage which may not be the same as the calendar year. This period is called a **policy year** for individual policies.

What other protections does the health care reform law offer consumers?

The health care reform law also:

- Allows consumers to add or keep children on their health policies until age 26.
- Stops insurance companies from denying benefits to children younger than 19 because of a pre-existing condition.
- Allows certain Texans who have been uninsured for six months and who have preexisting conditions to enroll in the federal Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP).
- Eliminates annual and lifetime dollar limits on your coverage unless your plan received a waiver.

Texas CHAP
Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor en Texas

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

Hoja Informativa

Cómo Proteger la Elección de Su Proveedor de Servicios Médicos

La Ley de Asistencia y Protección al Paciente (la ley de reforma federal para los servicios de salud) permite más opciones para escoger y seleccionar a los médicos y para recibir cuidados en la sala de emergencias.

¿Qué significa esto para mí?

- **Usted selecciona al médico.** La ley permite que usted elija a cualquier proveedor de cuidados primarios participante para que éste sea su médico de cabecera. Usted puede elegir a cualquier pediatra participante que esté disponible para que sea el médico de cabecera de su hijo(a).
- **No hay barreras para los servicios de obstetricia y ginecología.** La ley también prohíbe que los planes de salud requieran de una recomendación médica antes de que usted pueda solicitar la atención de un especialista en ginecología y obstetricia (OB-GYN specialist, por su nombre en inglés).
- **Acceso a los servicios de sala de emergencias fuera de la red.** La ley generalmente impide que los planes de salud tengan copagos o coaseguros más altos para los servicios de emergencias que se obtienen fuera de la red de su plan. La ley también prohíbe que los planes le exijan a usted obtener una aprobación previa cuando solicite servicios de emergencias por parte de un proveedor u hospital fuera del plan de su red.

Nota: Es posible que usted sea responsable por la diferencia entre la cantidad que es cobrada por el proveedor fuera del plan de la red por los servicios de emergencia y la cantidad que es pagada por su plan de salud.

¿Aplican estas protecciones para el paciente a mi plan de salud?

Estas provisiones aplican a todos los planes de salud en grupo basados en el empleo a todas las pólizas individuales de seguros de salud que sean emitidas a partir del 23 de marzo 2010.

Es posible que estas protecciones no apliquen a los planes de salud en grupo basados en el empleo y a las pólizas individuales de seguro de salud que ya existía en o antes del 23 de marzo de 2010, debido a que estos pueden tener derechos adquiridos.

(Los planes y las pólizas que existían en o antes del 23 de marzo de 2010, se conocen como planes o pólizas de derechos adquiridos (grandfathered plans or policies, por su nombre en inglés), y estas protecciones para el paciente no se aplican a los planes y pólizas de derechos adquiridos.)

Su póliza de salud debe mostrar en los materiales del plan si se trata de un plan de derechos adquiridos. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos sobre los planes de salud en grupo basados en el empleo y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos sobre las pólizas individuales de seguro de salud. También puede presentar una queja ante TDI.

¿Cuándo entran en vigor estas protecciones?

Si usted no cuenta con un plan de derechos adquiridos, estas protecciones iniciarán cuando usted comience un nuevo plan o póliza anual en o después del 23 de septiembre de 2010.

> Un **plan anual** es un periodo de cobertura de beneficios de 12 meses, el cual pudiera no ser el mismo que un año calendario. Este periodo es llamado una **póliza anual** para las pólizas individuales.

¿Qué otras protecciones ofrece a los consumidores la ley de la reforma del seguro médico?

La ley de la reforma del seguro médico también:

- Permite a los consumidores agregar o mantener a sus hijos en sus pólizas de salud hasta los 26 años de edad.
- Evita que las compañías de seguros nieguen los beneficios a los hijos menores de 19 años a causa de una condición preexistente.
- Permite a ciertos tejanos que no han tenido un seguro durante seis meses y que padecen de condiciones preexistentes a inscribirse en el Plan Federal de Seguros para Condiciones Preexistentes