



# Notificaciones Federales

## Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Como lo requiere la **Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998**, los beneficios bajo la póliza se brindan para la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluido el linfedema).

Si usted está recibiendo beneficios en relación con una mastectomía, también se proporcionan beneficios para los siguientes servicios de atención médica cubiertos, según lo considere apropiado con el doctor que da el tratamiento:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica
- Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

La cantidad que usted debe pagar por dichos servicios de atención médica cubiertos (incluidos los copagos, el coseguro y cualquier deducible) es la misma que se requiere para cualquier otro servicio de atención médica cubierto. Las limitaciones de los beneficios son las mismas que para cualquier otro servicio de atención médica cubierto.

## Declaración de Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Según la ley federal, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro médico de grupo generalmente no pueden restringir los beneficios para la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar una estadía más corta si el proveedor que le atiende (por ejemplo, su doctor, enfermera partera o asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta antes a la madre o al recién nacido.

Además, según la ley federal, los planes y los emisores no pueden establecer el nivel de beneficios o de los costos de desembolso personal para que cualquier extensión posterior a la estadía de 48 horas (o 96 horas) se trate de una manera menos favorable para la madre o para el recién nacido como cualquiera parte anterior de la estadía.

Además, un plan o emisor no puede, según la ley federal, exigir que un doctor u otro proveedor de atención médica obtenga autorización para recetar una estadía de solo 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos de desembolso personal, es posible que deba obtener una autorización previa. Para obtener información acerca de la autorización previa, comuníquese con su emisor.