

# Guía de opciones de cobertura médica

## Descripción general

En Fresenius Kidney Care, sabemos que brindar una atención superior al paciente va más allá de brindar servicios de diálisis líderes en la industria. También nos esforzamos por ayudar a pacientes como usted a explorar los aspectos no clínicos de su cuidado. Esto incluye ayudar a los pacientes a comprender las opciones de seguro médico disponibles para ellos. Nuestros coordinadores de seguros de Fresenius Kidney Care pueden explicarle sus opciones y ayudarlo a comprender los muchos factores individuales involucrados. La elección de cobertura depende de usted.

**Sus opciones de cobertura de atención médica se dividen en dos categorías amplias: cobertura comercial privada y cobertura patrocinada por el gobierno.**

## Cobertura comercial

La cobertura comercial privada puede incluir cobertura a través de un empleador o a través de un plan de salud adquirido dentro o fuera del Mercado de Intercambios de Seguros de Salud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (a veces denominado “Obamacare”).

### Cobertura a través de un empleador

Es posible que tenga derecho a la cobertura en virtud de un **Plan de salud grupal del empleador** (Employer Group Health Plan, EGHP) si usted o su cónyuge o pareja (o si es menor de 26 años, padre/madre) es un empleado actual de un empleador que ofrece un EGHP. Las primas generalmente se pagan a través de una combinación de contribuciones del empleador y deducciones de nómina de los empleados. Los costos de la prima y de bolsillo (incluidos los deducibles y copagos), así como la gama de beneficios de salud cubiertos, pueden variar ampliamente entre los EGHP. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a comprender su cobertura del EGHP para que pueda determinar si la cobertura a través de su empleador se adapta mejor a sus circunstancias.

Incluso si ya no es elegible para la cobertura en virtud de un EGHP, puede ser posible extender su cobertura del EGHP a través de lo que se conoce como **continuación de la cobertura de COBRA**. COBRA puede proporcionar cobertura durante un máximo de 18 meses (o, en algunas circunstancias, hasta 36 meses), dependiendo del motivo por el cual perdió su cobertura del EGHP y otros factores. Si experimenta un “evento que califica”, por ejemplo, porque ha sido despedido de su empleo o le han reducido sus horas laborales, se le darán al menos 60 días para elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Su cobertura es retroactiva a la fecha del evento que califica. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que sea responsable de hasta el costo total de la prima, incluida la parte que tanto usted como su empleador pagaron previamente. También es posible que deba pagar un cargo administrativo de no más del 2 por ciento del monto total de la prima.

Algunos estados ofrecen programas de mini-COBRA que pueden permitirles a usted o a sus familiares mantener la cobertura del EGHP si usted no califica para la cobertura regular de COBRA. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, por ejemplo, un plan estatal mini-COBRA puede ser su única opción para continuar su cobertura en virtud de un EGHP. Su coordinador de seguros puede ayudarle a determinar qué opciones están disponibles para usted.

### Proveedores dentro y fuera de la red

Algunos planes de seguro dependen de redes de proveedores, por lo que es importante determinar si su centro de diálisis y otros proveedores de atención médica se consideran “dentro de la red” o “fuera de la red”. Estar dentro de la red significa que su proveedor ha aceptado participar en la red de proveedores contratados del plan, generalmente a cambio del acuerdo del proveedor para aceptar tarifas con descuento por sus servicios. Si visita a un proveedor fuera de la red, es probable que sus copagos sean más altos y es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga la aseguradora y las tarifas sin descuento del proveedor.

## Cobertura a través del Intercambio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

También puede elegir adquirir un seguro comercial privado a través del Intercambio de Seguros de Salud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estos tipos de planes se denominan **Planes de salud calificados** (Qualified Health Plans, QHP) porque proporcionan al menos los beneficios esenciales mínimos requeridos en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estos planes a veces se denominan planes “Obamacare”. Algunos QHP brindan cobertura tanto para usted como para su familia. Usted puede ser elegible para ciertos créditos fiscales para

ayudarlo a pagar las primas del QHP. Puede encontrar una descripción de cada QHP disponible en su estado, incluido el tipo de cobertura que recibiría, su prima y sus costos de bolsillo en <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a revisar las opciones del QHP con usted.

Si usted es empleado de una pequeña empresa, es posible que su empleador haya utilizado otro tipo de mercado creado por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, denominado Mercado del Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (Small Business Health Options Program Marketplace, SHOP), para comprar un plan de salud para sus empleados. Estos planes ofrecen los mismos tipos de beneficios de salud esenciales que los QHP, pero pueden tener diferentes tipos de cobertura y costos según el tipo de plan SHOP que haya seleccionado su empleador.

## Cobertura fuera del Intercambio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

También puede obtener cobertura comercial privada “fuera” del Intercambio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio si compra un plan directamente a una compañía de seguros o a través de un agente de seguros fuera del Intercambio. Incluso los planes fuera del intercambio deben cumplir con ciertos requisitos en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Por ejemplo, una compañía de seguros no puede negarse a cubrirlo ni cobrarle más porque usted tiene una afección preexistente. Sin embargo, estos planes fuera del mercado no tienen que ofrecer el mismo nivel de cobertura que los QHP deben proporcionar. Tenga en cuenta que si compra un plan del Mercado que no ofrece el mismo nivel de cobertura que un QHP, es posible que deba pagar una multa que podría deducirse directamente de su reembolso del impuesto federal sobre la renta actual o futuro o agregarse al monto de impuestos federales que adeuda al gobierno.

## Cobertura patrocinada por el gobierno

La cobertura patrocinada por el gobierno puede incluir Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP) y ciertos beneficios de salud para el personal militar y sus familias. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a revisar qué opciones pueden estar disponibles para usted.

### Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o más, o menores de 65 años con ciertas discapacidades. Además, Medicare puede proporcionar cobertura para personas de cualquier edad con insuficiencia renal terminal (IRT), que es insuficiencia renal permanente que requiere diálisis

o un trasplante de riñón. Para los ciudadanos de los Estados Unidos con IRT, puede solicitar Medicare si tiene suficientes créditos laborales, si ya recibe o es elegible para los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria, o si es cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumple con cualquiera de estos dos requisitos.

## Cobertura de Medicare, Partes A a D

La cobertura de Medicare se divide en cuatro “partes”, denominadas Partes A, B, C y D de Medicare. La Parte A de Medicare cubre la atención hospitalaria, ciertos cuidados en una residencia de ancianos y ciertos servicios de atención médica domiciliaria. La Parte B de Medicare cubre la atención ambulatoria, como los servicios de diálisis y las visitas al médico, y una variedad de otros servicios relacionados, como análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico (como radiografías) y ciertos equipos y suministros médicos. Usted decide si se inscribe en Medicare y qué partes selecciona.

Si tiene las Partes A y B de Medicare, puede acudir a cualquier proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare establece las tarifas que los proveedores pueden cobrar. Usted pagará un coseguro del 20 por ciento por todos los servicios cubiertos relacionados con diálisis y la mayoría de los demás servicios de atención médica en virtud de Medicare tradicional. Medicare paga el otro 80 por ciento. La mayoría de los beneficiarios de Medicare no tienen que pagar una prima mensual por la Parte A, pero la mayoría sí tiene que pagar una prima mensual por la Parte B. También debe pagar un deducible antes de que Medicare comience a pagar su parte.

Si recibe un trasplante de riñón, pagará un deducible y ciertos montos de coseguro según la cantidad de días que tenga que permanecer en un hospital o centro de enfermería especializada. Medicare paga el costo total de la atención de su donante de riñón.

## Solicitar Medicare si tiene IRT

Si es elegible para inscribirse en Medicare porque tiene IRT y actualmente recibe diálisis, puede solicitar la cobertura de Medicare a través de su oficina del Seguro Social. Puede obtener información adicional en <https://www.ssa.gov/es/medicare>, o puede solicitar ayuda a su coordinador de seguros. Por lo general, la cobertura de Medicare comienza el primer día del cuarto mes de sus tratamientos de diálisis, por lo que es importante presentar la solicitud tan pronto como comience la diálisis si desea que los beneficios de Medicare comiencen lo antes posible. En algunas circunstancias, su cobertura puede comenzar a partir del primer mes de diálisis, por ejemplo, si participa en un programa de capacitación de diálisis en el hogar para enseñarle cómo autoadministrarse tratamientos de diálisis en el hogar. Si recibe un trasplante de riñón, su cobertura de Medicare puede comenzar el mes en que es admitido en un hospital para un trasplante de riñón (o para los servicios de atención médica que necesita antes del trasplante). Si su trasplante se retrasa más de dos meses después de su admisión para el trasplante o para los servicios que necesita antes de su trasplante, su cobertura puede comenzar dos meses antes de recibir su trasplante.

## Cuándo finaliza la cobertura de Medicare

Si está inscrito en Medicare debido a IRT y deja de recibir tratamientos de diálisis porque recibió un trasplante exitoso, la cobertura de Medicare continuará durante un período de 36 meses a partir del mes posterior al trasplante. Si recibe otro trasplante durante un período posterior al trasplante de 36 meses, la cobertura de Medicare continúa durante 36 meses después del mes de ese trasplante. Si reanuda la diálisis durante un período de 36 meses posterior al trasplante, la cobertura de Medicare continuará. Si reanuda la diálisis después de ese período, será elegible para volver a inscribirse en Medicare a partir del primer mes después de reanudar la diálisis.

Si está inscrito en Medicare debido a una IRT y deja de recibir tratamientos de diálisis por un motivo que no sea haber recibido un trasplante exitoso (por ejemplo, si recupera la función renal), la cobertura de Medicare finalizará 12 meses después del mes en que deje de recibir el tratamiento de diálisis. La cobertura de Medicare continuará si reanuda los tratamientos de diálisis o se extenderá durante 36 meses (como se analizó anteriormente) si tiene un trasplante exitoso durante ese período de 12 meses. Si reanuda la diálisis después de ese período de 12 meses, será elegible para volver a inscribirse en Medicare a partir del primer mes después de reanudar la diálisis.

## Coordinación de beneficios

Por lo general, hay un período de espera para que comience su cobertura de Medicare una vez que comience a recibir tratamientos de diálisis. Durante este tiempo, si tiene otro seguro comercial privado, ese plan pagará los primeros tres meses de diálisis. Incluso después de que comience su cobertura de Medicare, si mantiene la cobertura de un plan de salud grupal, este continuará pagando los costos de atención médica cubiertos. Su plan de salud grupal pagará primero durante este “período de coordinación”, que dura 30 meses. Si su plan no cubre el 100 por ciento de estos costos durante el período de coordinación, generalmente usted no será responsable de ningún costo adicional si tiene cobertura “secundaria” en virtud de Medicare. Si tiene una cobertura de plan comercial que paga la mayor parte o la totalidad de sus costos de atención médica y que desea conservar, es posible que desee considerar retrasar la inscripción en Medicare hasta después del período de coordinación para que no tenga que pagar las primas de la Parte B de Medicare.

Después del período de coordinación, Medicare pagará primero todos los servicios de atención médica cubiertos y su plan comercial pagará la parte que Medicare no paga (pueden aplicarse deducibles y coseguros del plan). Asegúrese de informar a su coordinador de seguros si tiene cobertura de seguro comercial privado existente antes de solicitar Medicare para que podamos facturar su tratamiento correctamente.

## Medicare Advantage (Parte C de Medicare)

Medicare Advantage es un seguro de salud que ofrece la misma cobertura que las Partes A y B de Medicare, y puede incluir beneficios adicionales que no suele cubrir Original Medicare. Los planes Medicare Advantage, a veces denominados planes de la Parte C de Medicare o MA, son un reemplazo de otras opciones de Medicare.

Los planes Medicare Advantage son ofrecidos y administrados por compañías de seguro médico privadas. Los planes Medicare Advantage dependen de redes de proveedores, similares a la cobertura que recibiría de un empleador, por lo que es importante verificar si su médico está dentro de la red del plan que usted elija.

Puede buscar un plan Medicare Advantage utilizando el Buscador de planes Medicare, disponible en <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es>.

## Medicare Parte D

Si está inscrito en Original Medicare, puede agregar cobertura de medicamentos recetados al inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare. Muchos de los medicamentos que puede necesitar para el tratamiento de diálisis, o después de un trasplante de riñón, estarán cubiertos por la Parte B de Medicare. Sin embargo, es posible que la Parte B no cubra otros medicamentos recetados que se le puedan recetar, como medicamentos para la hipertensión arterial. La Parte D de Medicare ofrece cobertura de medicamentos para ayudarlo con los costos de sus medicamentos que la Parte B no cubre.

Existen dos maneras de obtener cobertura de medicamentos de Medicare:

- 1. Planes de medicamentos de Medicare.** Estos planes agregan cobertura de medicamentos a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio y planes de cuentas de ahorros médicos. Debe tener Medicare Parte A (seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (seguro médico) para unirse a un plan de medicamentos separado.
- 2. Plan Medicare Advantage (Parte C) u otro plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos.** Usted obtiene toda su cobertura de la Parte A, la Parte B y de medicamentos a través de estos planes. Recuerde que debe tener la Parte A y la Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage, y no todos estos planes ofrecen cobertura de medicamentos.

Puede buscar un plan de la Parte D de Medicare en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare, disponible en <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es>.

## Seguro complementario de Medicare (Medigap)

El seguro complementario de Medicare, o Medigap, es vendido por aseguradoras comerciales privadas para ayudar a las personas a pagar los costos de atención médica que no están cubiertos por Original Medicare, incluidos deducibles, copagos y otros costos compartidos. Todas las pólizas de Medigap deben ofrecer ciertos beneficios estandarizados, independientemente del plan que tenga. No todos los estados le permiten adquirir la cobertura de Medigap si tiene menos de 65 años y tiene IRT. Sin embargo, si califica para Medicare por un motivo que no sea IRT (por ejemplo, porque tiene 65 años o más), aún puede adquirir cobertura de Medigap en esos estados.

Puede buscar un plan Medigap en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare, disponible en <https://www.medicare.gov/plan-compare/#/?year=2024&lang=es>.

## Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños y el Programa de Ahorros de Medicare

**Medicaid** proporciona cobertura de atención médica a adultos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades elegibles de bajos ingresos. El **Programa de Seguro Médico para Niños** (Children's Health Insurance Program, CHIP) proporciona cobertura de atención médica a niños elegibles a través de Medicaid y programas CHIP separados. Las personas o familias que soliciten Medicaid o CHIP deben cumplir con ciertos requisitos de ingresos y residencia, así como con otros criterios que puedan determinar cada estado.

Los estados también patrocinan los Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) para ayudar a pagar las primas de Medicare si sus ingresos caen por debajo de ciertos niveles o si tiene recursos limitados. En algunos estados, los MSP también pueden ayudar a pagar sus deducibles, copagos y otros costos compartidos en virtud de Medicare. Para obtener más detalles sobre los niveles de ingresos y recursos para calificar para un MSP, visite <https://es.medicare.gov/medicare-savings-programs>. También puede llamar a su programa estatal de Medicaid para ver si califica para un MSP o consultar a un coordinador de seguros para obtener más información.

## TRICARE y otros beneficios para miembros militares y familias

Si usted es un miembro actual o antiguo de las fuerzas armadas, usted y sus familiares pueden ser elegibles para TRICARE. Para obtener más información sobre las diferentes opciones de TRICARE disponibles, puede usar el buscador de planes de TRICARE, disponible en [TRICARE.mil/Plans](https://www.tricare.mil/Plans). Cada tipo de plan TRICARE significará diferentes costos para usted, incluidos los deducibles y otros costos compartidos.

Además de TRICARE, los veteranos pueden reunir los requisitos para recibir beneficios de atención médica a través de la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Si bien algunos veteranos elegibles califican automáticamente para recibir servicios de atención médica gratuitos en virtud del programa VA, la mayoría de los veteranos deben completar una evaluación financiera cuando se inscriben para determinar sus obligaciones de costos compartidos. Puede encontrar más información sobre los costos de los miembros dentro del programa VA en [VA.gov/HealthBenefits/Cost/Copays.asp](https://www.va.gov/HealthBenefits/Cost/Copays.asp). Además, los cónyuges e hijos de ciertos miembros elegibles del ejército pueden calificar para beneficios de salud a través del VA en virtud del Programa Médico y de Salud Civil de la Administración de Veteranos de los EE. UU. (Civilian Health and Medical Program of the Veterans Administration, CHAMPVA).