

Guía de opciones de cobertura de salud

Descripción general

En Fresenius Kidney Care, sabemos que brindar cuidado superior a los pacientes va más allá de la prestación de servicios de diálisis líderes de la industria. También nos esforzamos por ayudar a los pacientes como usted a analizar aspectos no clínicos de su cuidado. Esto incluye ayudar a los pacientes a comprender las opciones de seguros de atención médica que tienen a su disposición. Se encuentran disponibles coordinadores de seguros de Fresenius Kidney Care para ayudarlo a identificar las opciones de cobertura que mejor se adapten a sus circunstancias individuales. Nuestros coordinadores de seguros pueden explicar sus opciones y ayudarlo a comprender los muchos factores individuales que intervienen. La opción de cobertura depende de usted.

Sus opciones de cobertura de cuidado médico se enmarcan dentro de 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 de un plan de salud adquirido dentro o fuera del Mercado de intercambio de Seguros Médicos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (en ocasiones denominada “Obamacare”).

Cobertura a través de un empleador

Puede tener derecho a cobertura de conformidad con un **Plan de Salud Grupal del Empleador** (Employer Group Health Plan, EGHP) si usted o su cónyuge o pareja (o si tiene menos de 26 años, es padre o madre) actualmente trabajan para un empleador que ofrece un EGHP. Las primas se pagan habitualmente a través de una combinación de contribuciones del empleador y de deducciones de la nómina de los empleados. Los costos de las primas y de bolsillo (incluidos deducibles y copagos), así como la variedad de beneficios de salud cubiertos, pueden variar ampliamente entre un EGHP y otro. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a comprender su cobertura de EGHP, de modo que pueda determinar si la cobertura a través de su empleador es más adecuada según sus circunstancias.

Incluso si ya no es elegible para recibir cobertura según un EGHP, puede resultar posible ampliar su cobertura EGHP a través de lo que se conoce como **cobertura de continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)**. COBRA puede brindar cobertura durante un máximo de 18 meses (o en algunas circunstancias hasta 36 meses), de acuerdo con el motivo por el que perdió su cobertura de EGHP y otros factores. Si experimenta un “evento que califica”, por ejemplo, debido a que se puso fin a su relación laboral o se le redujo su horario de trabajo, se le otorgará un período de elección de, al menos, 60 días para elegir la cobertura de continuación de COBRA. Posteriormente, la cobertura es retroactiva hasta la fecha del evento que califica. Si elige la cobertura de continuación de COBRA, es responsable, como máximo, del costo completo de las primas, incluida la participación que tanto usted como el empleador pagaron previamente. Además, también deberá pagar un cargo administrativo de no más del 2 % del monto completo de la prima.

Algunos estados ofrecen programas “mini COBRA” que pueden permitirles a usted o a los miembros de su familia mantener la cobertura del EGHP si no reúnen los requisitos para obtener cobertura habitual de COBRA. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, por ejemplo, un plan mini COBRA estatal puede ser su única opción para continuar su cobertura según el EGHP. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a determinar qué opciones tiene a su disposición.

Cobertura a través del intercambio de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

Usted también puede elegir adquirir un seguro comercial privado a través del intercambio de la Ley de 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 exigidos de conformidad con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. En ocasiones, estos planes se denominan “Obamacare”. Algunos QHP les ofrecen cobertura tanto a usted como a su familia.

Proveedores dentro y fuera de la red

Algunos planes de seguro dependen de redes de proveedores, por lo que es importante determinar si sus instalaciones 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 contratada del plan, habitualmente a cambio de que el proveedor esté de acuerdo con aceptar tarifas con descuentos por sus servicios. Si visita a un proveedor que no pertenezca a la red, probablemente sus copagos serán mayores y es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga la aseguradora y las tarifas sin descuentos del proveedor.

Usted puede ser elegible para recibir determinados créditos fiscales para poder pagar las primas del QHP. Puede encontrar una descripción de cada QHP que se encuentra disponible en su estado, incluido el tipo de cobertura que recibiría y sus costos de primas y de bolsillo, en www.Healthcare.gov. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a revisar las opciones de QHP con usted.

Si trabaja en una empresa pequeña, es posible que su empleador haya usado otro tipo de mercado creado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, llamado Mercado de Programas de Opciones de Salud para Empresas Pequeñas (Small Business Health Options Program Marketplace, SHOP) para adquirir un plan de salud para sus empleados. Estos planes ofrecen los mismos tipos de beneficios de salud esenciales que los QHP, pero pueden tener distintas clases de coberturas y costos, según el tipo de plan SHOP que haya seleccionado su empleador.

Cobertura fuera del intercambio de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

También puede obtener una cobertura comercial privada “fuera” del Mercado de Seguros Médicos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio si compra un plan directamente de una compañía de seguros o a través de un agente de seguros fuera del Mercado de Seguros Médicos. Incluso los planes fuera del mercado deben cumplir con determinados requisitos de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Por ejemplo, una compañía de seguros no puede negarse a brindarle cobertura ni cobrarle más por una afección preexistente que padezca. Sin embargo, estos planes fuera del mercado no tienen la obligación de ofrecer el mismo nivel de cobertura que los QHP. Tenga en cuenta que si adquiere un plan fuera del Mercado de Seguros Médicos que no ofrezca el mismo nivel de cobertura que un QHP, es posible que deba pagar una sanción que podría restarse directamente de su reembolso actual o futuro de impuestos federales sobre la renta o bien sumarse al monto de impuestos federales que adeude al gobierno.

Cobertura patrocinada por el gobierno

La cobertura patrocinada por el gobierno puede incluir Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children’s Health Insurance Program, CHIP) y determinados beneficios de salud para el personal del ejército y sus familias. Su coordinador de seguros puede ayudarlo a revisar qué opciones puede tener a su disposición

Medicare

Medicare es un seguro médico para personas mayores de 65 años, o bien que tienen menos de 65 años, pero padecen determinadas discapacidades. Además, Medicare puede brindar cobertura para las personas de cualquier edad con insuficiencia renal terminal (IRT), que es una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón. En el caso de los ciudadanos de

los Estados Unidos con IRT, puede solicitar Medicare si tiene suficientes créditos laborales, si ya recibe o es elegible para recibir beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, o si es cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumpla con cualquiera de estos dos requisitos.

Cobertura de Medicare, partes A a D

La cobertura de Medicare se divide en cuatro “partes”, llamadas Partes de Medicare A, B, C y D. La Parte A de Medicare cubre atención hospitalaria, ciertos cuidados domiciliarios de enfermería y ciertos servicios de salud domiciliaria. La Parte B de Medicare cubre los cuidados ambulatorios, por ejemplo, los servicios de diálisis y las visitas al médico, y una variedad de otros servicios relacionados tales como análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico (como las radiografías), y determinados equipos y suministros médicos. Es su elección inscribirse en Medicare y qué partes desea seleccionar.

Si tiene la Parte A y B de Medicare, puede visitar a cualquier proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare establece las tarifas que pueden cobrar los proveedores. Pagará 20 % de coseguro para todos los servicios relacionados con diálisis cubiertos y la mayoría de los demás servicios de atención médica en virtud de Medicare tradicional. Medicare paga el 80 % restante. La mayoría de los beneficiarios de Medicare no tiene que pagar una prima mensual por la Parte A, pero la mayoría tiene que pagar una prima mensual por la Parte B. También debe pagar un deducible antes de que Medicare comience a pagar su participación.

Si recibe un trasplante de riñón, pagará un deducible y determinados montos de coseguros en función de la cantidad de días que deba permanecer en un hospital o un centro de enfermería especializada. Medicare paga el costo total del cuidado para el donante de riñón.

Solicitud de Medicare si padece IRT

Si es elegible para inscribirse en Medicare porque padece una IRT y actualmente se somete a diálisis, puede solicitar cobertura de Medicare a través de su oficina de Seguro Social. Se encuentra disponible información adicional en www.ssa.gov/benefits/medicare o bien puede solicitar la asistencia de su coordinador de seguros. La cobertura de Medicare generalmente comienza el primer día del cuarto mes de sus tratamientos de diálisis, de modo que es importante presentar la solicitud en cuanto comience la diálisis si desea que los beneficios de Medicare comiencen lo más rápido que se pueda. En algunas circunstancias, su cobertura puede comenzar el primer mes de la diálisis, por ejemplo, si forma parte de un programa de capacitación para diálisis domiciliaria para aprender cómo administrarse a usted mismo tratamientos de diálisis en su hogar. Si recibirá un trasplante de riñón, su cobertura de Medicare puede comenzar el mes en que lo hospitalicen para un trasplante de riñón (o para recibir los servicios de atención médica que necesite antes del trasplante). Si su trasplante se demora más de 2 meses después de que ingrese para someterse a este o para recibir los servicios que necesite antes del trasplante, su cobertura puede comenzar 2 meses antes de que reciba su trasplante.

Momento de finalización de la cobertura de Medicare

Si se inscribe en Medicare a raíz de una IRT y pone fin a los 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 se somete a otro trasplante durante un período de postrasplante 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 postrasplante de 36 meses, continuará la cobertura de Medicare. Si reanuda la diálisis después de ese período, será elegible para reinscribirse en Medicare a partir del primer mes posterior a la reanudación de la diálisis.

Si se inscribe en Medicare a raíz de una IRT y pone fin a los tratamientos de diálisis por otro motivo que no sea haber recibido un trasplante exitoso (por ejemplo, recupera la función renal), la cobertura de Medicare finalizará 12 meses después del mes en que abandona el tratamiento de diálisis. Sin embargo, la cobertura de Medicare continuará si usted reanuda los tratamientos de diálisis y (como se analiza anteriormente) se extenderá durante 36 meses si se somete a un trasplante exitoso durante ese período de 12 meses. Si reanuda la diálisis después del período de 12 meses, será elegible para reinscribirse en Medicare a partir del primer mes posterior a la reanudación de la diálisis.

Coordinación de beneficios

Habitualmente existe un período de espera para que inicie su cobertura de Medicare una vez que comience a recibir tratamientos de diálisis. Durante este tiempo, si posee otro seguro comercial privado, ese plan pagará los primeros 3 meses de diálisis. Incluso después de que comience su cobertura de Medicare, si mantiene la cobertura a través de un plan de salud grupal, este seguirá 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 % de estos costos durante el período de coordinación, generalmente usted no será responsable de ningún costo adicional si tiene una cobertura “secundaria” a través de Medicare. Si tiene una cobertura de plan comercial que paga la mayor parte o bien todos sus costos de atención médica y que desea conservar, es recomendable que considere demorar la inscripción en Medicare hasta después del período de coordinación, de modo que no tenga que pagar primas de la Parte B de Medicare.

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

Medicare Advantage (Parte C de Medicare)

Medicare Advantage es un seguro médico que ofrece la misma cobertura que las partes A y B de Medicare, junto con beneficios adicionales que pueden incluir cobertura odontológica, de la vista, de la audición, de medicamentos recetados, de transporte y de acondicionamiento físico. Los planes de Medicare Advantage, a veces denominados planes MA o de la Parte C de Medicare, reemplazan otras opciones de Medicare.

Los planes Medicare Advantage son ofrecidos y administrados por compañías privadas de seguros médicos. Los costos de bolsillo varían según el plan, pero generalmente incluyen una prima mensual, copagos y coseguro con un límite sobre los costos anuales de bolsillo. Los planes Medicare Advantage dependen de las redes de proveedores, similares a la cobertura que obtendría de un empleador, por lo que es importante verificar si su médico está en la red con el plan que elija.

Puede buscar un plan Medicare Advantage en su área usando el Buscador de planes de Medicare, que se encuentra disponible en www.Medicare.gov/Find-A-Plan.

Parte D de Medicare

Si está inscrito en Medicare Original, puede incorporar cobertura para fármacos recetados sumándose a un plan de la Parte D de Medicare. Muchos de los fármacos que podría 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 fármacos recetados que le pudieran indicar, por ejemplo, fármacos para la hipertensión arterial. Muchos de los planes de la Parte D de Medicare exige que pague un deducible inicial y cierta participación en los costos para su beneficio de fármacos recetados. Su participación en los costos variará según su plan y los tipos de fármacos que le receten. Si los costos totales de los medicamentos alcanzan cierto monto, entonces ingresa a una “brecha de cobertura” o un “agujero de dona”, en el que debe pagar un porcentaje del costo total de los medicamentos. Sin embargo, bajo un plan estándar de la Parte D, una vez que llegue a un punto más allá del agujero de dona, llamado “cobertura catastrófica”, pagará un precio fijo o un porcentaje pequeño, lo que sea mayor.

La Parte D de Medicare se puede seleccionar con las Partes A y/o B de Medicare o un plan Medigap sin cobertura de medicamentos recetados, pero no con los planes de la Parte C de Medicare (Medicare Advantage) o Medigap con cobertura de medicamentos recetados.

Tenga en cuenta que todos los montos de participación en los costos correspondientes al beneficio de fármacos recetados pueden ser menores en función de sus ingresos. Puede buscar un plan de la Parte D de Medicare en su área usando el Buscador de planes de Medicare, que se encuentra disponible en www.Medicare.gov/Find-A-Plan.

Seguro Suplementario de Medicare (Medigap)

Las aseguradoras comerciales privadas venden el Seguro Suplementario de Medicare o Medigap para ayudar a las personas a pagar los costos de cuidado médico que no estén cubiertos por Medicare Original, incluidos los deducibles, copagos y demás costos compartidos. Todas las políticas de Medigap deben ofrecer determinados beneficios estandarizados, independientemente del plan que tenga. No todos los estados le permiten adquirir cobertura de Medigap si tiene menos de 65 años y padece una IRT. Sin embargo, si reúne los requisitos para obtener Medicare por un motivo que no sea una IRT (porque es mayor de 65 años, por ejemplo), aun así puede adquirir la cobertura de Medigap en dichos estados.

Puede buscar un plan Medigap en su área usando el Buscador de planes de Medicare, que se encuentra disponible en www.Medicare.gov/Find-A-Plan/Questions/Medigap-Home.aspx.

Medicaid, Programa de Seguro de Salud Infantil y Programa de Ahorros de Medicare

Medicaid ofrece cobertura de atención médica a adultos elegibles con ingresos bajos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades. El **Programa de Seguro de Salud Infantil** (CHIP) ofrece cobertura de cuidado médico a los niños elegibles a través de Medicaid y programas de CHIP independientes. Las personas y las familias que soliciten Medicaid o CHIP deben cumplir con determinados requisitos de ingresos y residencia, así como otros criterios que puede determinar cada estado.

Los estados además patrocinan los Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) para ayudar a pagar primas de Medicare si sus ingresos se encuentran por debajo de determinados niveles o si tiene recursos limitados. En algunos estados, los MSP también pueden ayudar a pagar deducibles, copagos y otro tipo de participación en los costos según Medicare. Para obtener información más detallada sobre los niveles de ingresos y recursos para reunir los requisitos para un MSP, consulte www.Medicare.gov/Your-Medicare-Costs/Help-Paying-Costs/Medicare-Savings-Program/Medicare-Savings-Programs.html. También puede llamar al programa estatal de Medicaid para saber si reúne los requisitos para un MSP o consultar a un coordinador de seguros para obtener más información.

TRICARE y otros beneficios para miembros del ejército y sus familias

Si actualmente es miembro del ejército o si es ex miembro, usted y sus familiares pueden ser elegibles para recibir TRICARE. Para obtener más información sobre las distintas opciones de TRICARE disponibles, puede usar el buscador de planes de TRICARE, que se encuentra disponible en www.TRICARE.mil/Plans/PlanFinder. Cada tipo de plan de TRICARE supondrá costos diferentes para usted, incluidos deducibles y otro tipo de participación en los costos.

Además de TRICARE, los excombatientes pueden reunir los requisitos para recibir beneficios de cuidado médico a través de la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Si bien algunos excombatientes elegibles reúnen los requisitos automáticamente para servicios gratuitos de cuidado médico por el programa de la VA, la mayoría debe realizar una evaluación financiera cuando se inscriben para determinar sus obligaciones de participación en los costos. En www.VA.gov/HealthBenefits/Cost/Copays.asp puede encontrar más información sobre los costos de los miembros en el programa de VA. Además, los cónyuges y los hijos de determinados miembros elegibles del ejército pueden reunir los requisitos para obtener beneficios médicos a través de la VA mediante el Programa Médico y de Salud para Civiles de la Administración de Veteranos de Estados Unidos (Civilian Health and Medical Program of the Veterans Administration, CHAMPVA).