



# Mantenerse cubierto

Una guía sobre las opciones de seguro para enfermedad renal



## Tabla de Contenidos

- 4 Conocer los tipos de cobertura de seguro
- 7 Qué cubre el seguro
- 10 ¿Cómo se acumula su seguro?
- 12 Preguntas comunes sobre el seguro
- 13 Términos clave para conocer
- 14 Recursos adicionales



---

# Estamos para ayudarlo

La cobertura de seguro de salud es una parte importante para mantener su salud financiera, y su tranquilidad y calidad de vida en general cuando tiene una enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés). Continuar trabajando puede ayudarlo a contar con cobertura de seguro de salud, lo que puede ayudarlo a pagar los costos médicos para que pueda recibir tratamiento cuando más lo necesite.

Use esta guía para obtener respuestas a sus preguntas para que pueda sentirse confiado de que su seguro es la cobertura adecuada para sus necesidades de cuidado de los riñones.



¿Necesita ayuda para entender los términos del seguro? Si ve este icono junto a una palabra, significa que puede encontrar la definición en la sección de Términos clave en la página 12 de este manual.

# Conocer los tipos de cobertura de seguro

El seguro paga algunos de los costos relacionados con la atención médica que usted y su familia reciben. Existen muchos tipos de planes de seguro de salud, y es importante entender sus diferencias para que pueda elegir la mejor opción para sus necesidades específicas de salud. La inscripción abierta ⓘ es el momento cuando puede comparar sus opciones de seguro de salud y decidir cuál es la mejor para usted. Inscribirse durante este período asegurará cobertura para el año siguiente.

## Plan de Salud de Grupo del Empleador (EGHP, por sus siglas en inglés)

El EGHP es un seguro médico provisto por su empleador. Si usted está retirado y recibe beneficios médicos de su empleador como parte de su plan de retiro, esto también se considera un EGHP. Muchos EGHP cubrirán todos o algunos de los costos de su médico, hospital, diálisis y recetas, y usted será responsable de pagar el deducible ⓘ, coseguro (i) o copago (i). Es probable que su empleador pague una parte de la prima ⓘ. Verá el resto del costo como deducción de su cheque de pago. La cobertura varía según el plan.

## Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés)

Si pierde su seguro debido a pérdida de empleo, reducción de horas u otro evento de la vida, como divorcio o el fallecimiento de un cónyuge/pareja registrada, puede extender su cobertura de seguro existente a través de COBRA(i). COBRA es el mismo seguro de salud que tiene a través de su EGHP, pero sus costos de prima aumentan cuando elige COBRA porque su empleador ya no paga parte de la prima. También hay un límite de tiempo para mantener esta cobertura. Sin embargo, puede calificar para un programa de asistencia de prima.

## Cobertura individual

Si no tiene acceso a un EGHP, la cobertura individual puede ser una opción. Existen dos maneras principales para adquirir cobertura individual: como un plan individual (que lo cubre solo a usted) o como un plan de familia.

1. A través de mercados creados por la Ley de Atención Asequible: ⓘ
  - Estos mercados, o intercambios, brindan una variedad de opciones de muchas aseguradoras que puede elegir según sus necesidades específicas. Según sus ingresos y otros factores, también puede ser elegible para subsidios y créditos impositivos que pueden reducir o eliminar el costo para usted.
  - Debe ser ciudadano o residente legal para inscribirse en un plan del mercado.
  - Si está inscrito en Medicare, no es elegible para inscribirse en un plan del mercado.
    - Nota importante: Es posible que inscribirse en Medicare después de la inscripción en un plan del mercado pueda poner un término a su cobertura del mercado; asegúrese de verificar con su proveedor de seguro antes de tomar decisiones sobre Medicare. Si se inscribe en un plan del mercado y más adelante se inscribe en Medicare, Medicare se convertirá en su aseguradora principal. Tenga esto en cuenta si está considerando la inscripción en Medicare.
2. A través de aseguradoras directamente:
  - Muchas aseguradoras le venderán cobertura directamente a usted.
  - Si bien no tendrá las mismas opciones para elegir que en el mercado, ir directamente a la aseguradora para adquirir cobertura individual puede ser una opción si no califica para subsidios del mercado, si no tiene documentación de residencia legal o si ya está inscrito en Medicare pero preferiría inscribirse en cobertura comercial.



---

## Medicare ⓘ

Medicare no solo es para personas de 65 años o más. También es para personas de cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que necesitan un trasplante o diálisis y que cumplen con los siguientes requisitos:

- Se pagó el monto requerido en impuestos del Seguro Social y Medicare a través de su trabajo.
- Es cónyuge o dependiente de alguien que califica para Medicare porque ha pagado el monto requerido para el Seguro Social.

**Medicare pagará 80 por ciento de los costos médicos cubiertos. Usted será responsable de pagar el 20 por ciento restante.**

Medicare está administrado por la Administración de Seguro Social. Tiene que inscribirse por teléfono o correo, no es automático. Consta de cuatro partes:

- 1. Parte A:** Medicare Parte A es seguro de hospital. Si necesita ser admitido en un hospital, Medicare lo ayudará a cubrir algunos de esos costos. Medicare también lo ayudará a cubrir los costos de un centro de enfermería especializada y cuidados de hospicio y cuidado de salud en el hogar. En general, no hay costo de prima asociado con la cobertura de Medicare Parte A.
- 2. Parte B:** Medicare Parte B paga las visitas al médico, diálisis ambulatoria y otros servicios que la Parte A no cubre. Además, la Parte B cobra una prima. Si no paga su prima, su cobertura de Parte B finalizará y no lo asistirá con los servicios de paciente ambulatorio. A diferencia de Medicare Parte A, hay un costo de prima asociado con Medicare Parte B.
- 3. Medicare Advantage (a veces llamado “Parte C”):** Un plan Medicare Advantage (MA) es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de Parte A y Parte B. La mayoría de los planes MA también ofrecen cobertura de medicamentos recetados. En general, estos planes requieren que pague un copago fijo para tratamiento en lugar del 20 por ciento del costo de atención que cobra Medicare. Para inscribirse en un plan MA, debe cumplir con uno de los siguientes criterios además de ser elegible para Medicare:
  - Ya estaba inscrito en un plan MA antes de ser diagnosticado con ESRD.
  - Tiene un plan de empleador a través de una compañía que ofrece planes MA.
  - Ha tenido un trasplante de riñón exitoso.
- 4. Parte D:** Medicare Partes A y B no cubren la mayoría de los medicamentos. Medicare Parte D es una cobertura de medicamentos recetados abierta para personas en Medicare. Si elige esta cobertura, usted paga un deducible anual, una prima mensual y copagos por sus medicamentos. Para la mayoría de los planes de medicamentos recetados de Medicare, hay un “período sin cobertura” anual, o un vacío de cobertura, que limita qué cubrirá el plan para medicamentos de asistencia. No todos ingresarán el vacío de cobertura y el vacío comienza después de que usted y su plan de medicamentos hayan gastado un determinado monto por medicamentos cubiertos. Para la mayoría de las personas con ESRD, hay recetas que no están cubiertas por Medicare.

---

## Complemento Medigap/Medicare

Como Medicare cubre solo el 80 por ciento de todos los gastos médicos, también puede ser elegible para un plan Complementario de Medigap/Medicare dependiendo de dónde viva. Estos planes, en general, cubren el 20 por ciento restante de los servicios cubiertos por Medicare. En la mayoría de los casos, tendrá que pagar una prima por estos planes y esperar un plazo de tiempo para la solicitud. El mejor momento para adquirir una póliza Medigap es durante el período de inscripción abierta de Medigap. Este período dura 6 meses y comienza el primer día del mes cuando tiene 65 años o más y está inscrito en Medicare Parte B. Algunos estados tienen períodos de inscripción abierta adicionales, incluso para las personas menores de 65 años. Su período de inscripción abierta de seis meses. Si solicita durante este período, puede adquirir cualquier póliza de Medigap que la compañía venda, incluso si tiene condiciones de salud.

## Medicaid ⓘ

Medicaid es una cobertura de seguro de salud que provee su estado. Los criterios de elegibilidad y la cobertura del plan son específicos según el estado, y en general se basan en una combinación de necesidades financieras y médicas. Los beneficios de Medicaid cubrirán solo los servicios prestados por proveedores que aceptan Medicaid y, en general, no cubren los servicios fuera de su estado.

## Otra cobertura de gobierno

El personal militar activo e inactivo y sus familias pueden ser elegibles para beneficios ofrecidos por TRICARE o el Departamento de Asuntos Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Los niveles de cobertura varían y se deben verificar para cada servicio médico que necesita.

Los indio americanos y nativos de Alaska pueden calificar para beneficios de salud a través de Servicios de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos que brinda servicios de salud federales a las personas que califican.



# Lo que cubre el seguro

Si bien los beneficios pueden variar según el plan específico, esta tabla le dará una idea general de qué pueden cubrir los diferentes tipos de seguro. Siempre verifique sus beneficios con su compañía de seguro para no tener dudas.

	Hospitalización	Visitas médicas	Recetas	Trasplante	Diálisis
Plan de Empleador (EGHP, por sus siglas en inglés)	✓	✓	✓	✓	✓
COBRA	✓	✓	✓	✓	✓
Plan Individual	✓	✓	✓	✓	✓
Medicare Parte A	✓			✓	
Medicare Parte B		✓		✓	✓
Medicare Parte D			✓		
Medicaid*	✓	✓	✓		✓
Otros planes del gobierno	✓	✓	✓	✓	✓

\*No todos los programas de Medicaid incluyen beneficios de trasplante, y los que sí cubren se limitan a servicios en su estado.

# Programa de Asistencia de Beneficios: Directorio del Programa de Seguro de Salud del Estado

A través del Programa de Asistencia de Beneficios —que opera el Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) y las oficinas de la Patrulla para Personas Mayores (SMP, por sus siglas en inglés)—, los asesores brindan servicios sin costo e imparciales de asesoramiento de beneficios Medicare y asistencia personalizada de inscripción en Medicare y Medicaid.

Los asesores también pueden brindar asistencia para solicitudes para ayuda estatal para pagar las primas de Medicare, y también pueden asistir con la obtención de ayuda para pagar los deducibles de Parte A, Parte B y Parte D, el coseguro y los copagos si se cumplen con ciertas limitaciones de ingresos y recursos. Los asesores también pueden ayudar a detectar, evitar y prevenir el fraude de atención de la salud.

Este programa está disponible sin costo para las personas elegibles para Medicare, y para sus familias y cuidadores.



# Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado

Estado	Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado	Estado	Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado	Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado y Territorios de EE. UU.	
Alabama	1-800-243-5463	Nebraska	1-800-234-7119	Guam	1-671-735-7421
Alaska	1-800-478-6065	Nevada	1-800-307-4444	Puerto Rico	1-877-725-4300
Arizona	1-800-243-5463	New Hampshire	1-866-634-9412	Virgin Islands	1-340-772-7368 1-340-714-4354 (St. Thomas)
Arkansas	1-800-224-6330	New Jersey	1-800-792-8820		
California	1-800-434-0222	New Mexico	1-800-432-2080		
Colorado	1-888-696-7213	New York	1-800-701-0501		
Connecticut	1-800-994-9422	North Carolina	1-855-408-1212		
Delaware	1-800-336-9500	North Dakota	1-800-247-0560		
Florida	1-800-963-5337	Ohio	1-800-686-1578		
Georgia	1-866-552-4464	Oklahoma	405-521-6628		
Hawaii	1-888-875-9229	Oregon	1-800-722-4134		
Idaho	1-800-247-4422	Pennsylvania	1-800-783-7067		
Illinois	1-800-252-8966 x2	Rhode Island	1-401-462-0510		
Indiana	1-800-452-4800	South Carolina	1-800-868-9095		
Iowa	1-800-351-4664	South Dakota	1-800-536-8197		
Kansas	1-800-860-5260	Tennessee	1-888-643-7811		
Kentucky	1-877-293-7447	Texas	1-800-252-9240		
Louisiana	1-800-259-5300	Utah	1-800-541-7735		
Maine	1-877-353-3771	Vermont	1-802-241-0294		
Maryland	1-800-243-3425	Virginia	1-800-552-3402		
Massachusetts	1-800-243-4636	Washington	1-800-562-6900		
Michigan	1-800-803-7174	Washington, D.C.	202-724-5626		
Minnesota	1-800-333-2433	West Virginia	1-877-987-4463		
Mississippi	601-359-4500	Wisconsin	1-800-242-1060		
Missouri	1-800-390-3330	Wyoming	1-800-856-4398		
Montana	1-800-551-3191				

Contacte a su programa de asistencia de seguro de salud del estado o visite [Medicare.gov/Contacts](https://www.Medicare.gov/Contacts) para obtener más información hoy.

# ¿Cómo se conforma el seguro?

Después de leer diferentes tipos de seguro, es posible que se pregunte: “¿hay una mejor opción de cobertura de la que tengo actualmente?” Tal vez encuentre la respuesta en dos simples pasos.

## Paso 1: Llame y verifique su seguro

La parte de atrás de su tarjeta de seguro debería indicar un número del suscriptor o para beneficios. Cuando llama a ese número, tenga la siguiente información a mano:

- Su nombre y fecha de nacimiento
- Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza (si no es usted)
- Número de identificación del seguro
- Número de grupo
- Fecha de entrada en vigencia del seguro

Una vez que se contacta con un representante del seguro, verifique el monto en dólares o el porcentaje para los servicios dentro de la red y fuera de la red que son más importantes para usted. Esta es una lista general que puede utilizar como punto de partida.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible		
Coseguro		
Sala de emergencias		
Visita al médico		
Visita al especialista		
Trasplante		
Internación/hospitalización		
Diálisis de ambulatoria		
Máximo anual		
Recetas		
Visión		
Dental		
Otro		

## Paso 2: Realizar una comparación de costos de cobertura

Si bien se deben considerar los costos de la prima cuando se elige un plan de seguro, es importante recordar que no es el único factor. Averigüe si el plan será adecuado para sus necesidades de salud y que no lo dejará con gastos inesperados sin cubrir que pueden costarle más a la larga. Los deducibles, coseguro y los copagos pueden sumar en el transcurso de un año en forma de costos adicionales. Debe considerar un máximo anual de costos adicionales y cuánto tiene que pagar adicionalmente hasta que el plan comience a pagar el 100 por ciento de los gastos cubiertos.

Puede usar la hoja de cálculo a continuación como punto de partida para ayudarlo a realizar una comparación de costos de cobertura entre los planes.

### Comparación de costos

Compare los costos de cada plan colocando en cada casilla los costos asociados con los diferentes aspectos del plan.

	Mi Plan	Opción 1	Opción 2
Prima anual			
Máximo anual de costos adicionales ⓘ			
Deducible*			
Copagos anuales estimados*			
Costos anuales estimados de recetas*			
Otros (cualquier otra cosa no incluida en el máx. de costos adicionales [OOP, en inglés])			
<b>Total anual</b>			

\* Si no se incluye en el máximo adicional

### Comparación de coberturas

Compare los beneficios de cada plan marcando en el casillero si el plan brinda el beneficio.

	Mi Plan	Opción 1	Opción 2
Hospitalización			
Visitas médicas			
Visitas al especialista			
Recetas			
Trasplante			
Diálisis ambulatoria			
Otro			

**¿Necesita más ayuda para comparar planes de seguro?**

Llame a la Línea de Ayuda del Representante de Pacientes al 1-888-405-8915 o a otro especialista de seguro para ayudarlo a comparar todas sus opciones.

---

# Preguntas comunes sobre el seguro

Esperamos que ahora tenga un mejor entendimiento de sus beneficios de seguro actuales y de las diferentes opciones de seguro que puede tener disponibles para usted. Sin embargo, es posible que aún tenga preguntas. Asegúrese de transmitir toda la información de cobertura de seguro a su proveedor de atención de la salud o trabajador social.

Estas son respuestas a algunas preguntas que puede tener ahora:

## ¿Cuál es la mejor cobertura de seguro para mí?

Eso depende de su situación médica personal y sus necesidades de atención de la salud. No obstante, si ya tiene un Plan de Salud Grupal del Empleador (EGHO, por sus siglas en inglés), si es posible, retener su EGHP puede ser la mejor opción para reducir los costos adicionales y ampliar la cobertura para usted y su familia.

## ¿Con qué frecuencia puedo cambiar mi cobertura de seguro?

Depende de qué tipo de cobertura tenga. La mayoría de los planes de seguro tienen un período de inscripción abierta una vez al año que le da tiempo para reevaluar su cobertura y realizar cambios. Para averiguar si su plan específico tiene un período de inscripción abierta y cuándo, contacte a su proveedor de seguro o al departamento de recursos humanos de su empleador.

## Si actualmente no tengo seguro, ¿puedo aun así obtener cobertura si tengo Enfermedad Renal Crónica (CKD, por sus siglas en inglés)?

Una de las metas de la Ley de Atención Asequible es eliminar la capacidad de los proveedores de seguro de negar cobertura sobre la base de condiciones preexistentes. Durante los períodos de inscripción abierta, puede encontrar planes de seguro para adquirir en su área visitando Healthcare.gov o contactando a un Representante de Pacientes.

## Mi cobertura de seguro es a través de mi empleador y no me siento bien para trabajar. ¿Cómo se verá afectado mi seguro si renuncio a mi empleo?

Primero, es importante conocer sus derechos y opciones que ayudan a extender sus beneficios de empleo en momentos cuando no se siente bien para trabajar. Las opciones de licencia temporaria incluyen la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), Discapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés) y Discapacidad a Largo Plazo (LTD, por sus siglas en inglés). Si renuncia a su empleo, puede extender su cobertura de seguro a través de COBRA. Si se encuentra en esta situación, tal vez quiera explorar todas sus opciones antes de tomar una decisión. Llame a un representante de pacientes al 1-888-405-8915 para ver si puede ayudarlo.

# **Términos clave para conocer**

## **Ley de Atención Asequible:**

Una ley federal de los Estados Unidos, que entró en vigencia en 2014 y apunta a brindar a los estadounidenses acceso a seguro de salud asequible, regular la industria del seguro de salud y reducir los gastos de la atención médica.

## **Coseguro:**

El porcentaje de costos que paga (por ej., 20 por ciento de la factura) cuando alcanza su deducible.

## **Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada (COBRA):**

Una ley promulgada por el Congreso de los EE. UU. en 1985 que establece un programa de seguro que brinda a algunos empleados la habilidad de continuar con la cobertura de seguro de salud cuando se desvinculan del trabajo.

## **Copago:**

El monto fijo que paga por un servicio (por ej., \$15 por una visita al médico) en el momento que lo recibe.

## **Deducible:**

El monto que paga a su proveedor de seguro cada año antes de que su seguro comience a pagar por su atención.

## **Medicaid:**

Un programa de seguro social nacional administrado por el estado que brinda cobertura a las personas y a las familias con bajos ingresos y recursos.

## **Medicare:**

Un programa de seguro social nacional, administrado por el gobierno federal, que garantiza acceso al seguro de salud para estadounidenses de 65 años o más que han trabajado o aportado en el sistema, y para personas más jóvenes con discapacidades y ciertas condiciones de salud, incluso Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

## **Red:**

Un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud que acuerdan brindar servicios médicos a precios y tarifas prenegociadas.

## **Inscripción abierta:**

El período de tiempo designado, que generalmente es una vez al año, cuando los empleados de compañías y organizaciones pueden inscribirse o realizar cambios a su seguro de salud.

## **Máximo adicional:**

El máximo que deberá pagar de gastos médicos cubiertos en un año del plan antes de que su plan de seguro comience a pagar el 100 por ciento de los gastos médicos cubiertos.

## **Representante del Paciente:**

Un especialista en recursos de seguro y en analizar cuestiones de empleo para las personas con enfermedad renal.

## **Prima:**

El monto que paga a su proveedor de seguro cada mes por la cobertura.

---

# Recursos Adicionales

El conocimiento es poder. Sir Francis Bacon dijo esto, y en el caso de la Enfermedad Renal Crónica (CKD, por sus siglas en inglés), es absolutamente cierto: Lo mejor que puede hacer para tomar el control de su salud es aprender todo lo posible. Ahora que ya tiene un poco más de información sobre el seguro, puede obtener aún más información relacionada con CKD explorando los siguientes recursos.

## **American Diabetes Association (Asociación Americana de la Diabetes)**

Información sobre diabetes y enfermedad renal  
Diabetes.org

## **American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón)**

Información sobre la presión arterial alta y enfermedad renal  
Heart.org

## **American Kidney Fund (Fondo Renal Americano)**

Programas educativos, investigación clínica y proyectos de servicio de la comunidad  
KidneyFund.org

## **Baxter Home Dialysis (Diálisis en el hogar Baxter)**

Grupos de apoyo e información en línea sobre opciones de terapias en el hogar  
LiveNow.info

## **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)**

Información sobre diabetes y enfermedad renal  
CDC.gov

## **Home Dialysis Central (Central de Diálisis en el Hogar)**

Información importante sobre diálisis en el hogar  
HomeDialysis.org

## **Kidney Smart®**

Programa de educación sobre la enfermedad renal para la comunidad en EE. UU.  
KidneySmart.org

## **Línea de Ayuda del Representante del Paciente**

Un recurso educativo para ayudar a las personas con CKD a entender sus opciones de seguro y trabajo/licencia.  
1-888-405-8915

# Mantenga su empleo, mantenga su seguro si sus riñones dejan de funcionar

Mantener su trabajo y su seguro de salud puede ser una de las mejores maneras de mantener su calidad de vida, incluso si su enfermedad renal empeora. También puede ofrecer la mejor cobertura financiera para trasplante o tratamientos de diálisis si los necesita. Además, los estudios muestran que los pacientes que están en diálisis, que continúan trabajando luego de comenzar el tratamiento, tienen 21 por ciento menos de posibilidades de sufrir de depresión<sup>1</sup> y dos veces más de posibilidades de recibir un trasplante.<sup>2</sup>



¿Está buscando seguro médico personal?

Visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) para explorar sus opciones.

Charlie, paciente de diálisis que trabaja

1. Kutner NG, Zhang R, Huang Y, Johansen KL. Depressed Mood, Usual Activity Level, and Continued Employment after Starting Dialysis [Depresión, nivel de actividad habitual y empleo continuo después de comenzar la diálisis]. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5(11):2040-2045.

2. Sandhu GS, Khattak M, Pavlakis M et al. Recipient's unemployment restricts access to renal transplantation. [El desempleo de los receptores restringe el acceso al trasplante renal.] Clin Transplantation 2013 Jul-Ago;27(4):598-606.



2000 16th St.  
Denver, CO 80202

Obtenga ayuda para responder a sus preguntas sobre seguro. Llame a la línea de ayuda de representante de pacientes de Kidney Smart al 1-888-405-8915.