

Comprender el seguro médico

Respuestas a preguntas frecuentes sobre la atención médica y la cobertura de fármacos de venta con receta

Aprender sobre el seguro médico puede ser un reto. Aquí, hemos desglosado los conceptos básicos para ayudarle a comprender este tema complejo, especialmente en relación con la cobertura de fármacos de venta con receta.



¿Qué gastos cubre el seguro médico?

Por lo general, el seguro médico paga los gastos médicos y farmacéuticos, según el plan específico.



Los gastos médicos incluyen gastos para servicios médicos y hospitalarios, y cubren cosas como visitas al médico, fármacos administrados en el consultorio de su médico u otros centros médicos (fármacos que debe administrar un profesional médico), servicios y suministros hospitalarios, y algunos servicios de atención domiciliaria.



Los gastos de farmacia incluyen los fármacos de venta con receta que toma por vía oral y los que se inyectan en el hogar, como la insulina.

Los proveedores de seguro médico le cobran un importe, llamado **prima**, por el pago de una parte de estos gastos.

¿Cómo puedo conseguir un seguro médico?

Las compañías de seguros privadas y el gobierno ofrecen seguros médicos.



El seguro médico privado, también llamado seguro médico “comercial”, incluye cualquier plan que no reciba del gobierno. Normalmente se encuentra disponible a través de su trabajo y es el tipo de seguro médico más frecuente.



El seguro médico público es gestionado por el gobierno. Medicare, Medicaid, Veterans Health Administration y TRICARE son los programas de seguros médicos gubernamentales más grandes.

Su edad indica el tipo de seguro médico que recibirá

Si tiene menos de 65 años y tiene un empleo, probablemente obtenga su cobertura de una compañía de seguro médico privada. Si tiene 65 años o más, cualquier edad con determinadas discapacidades y trastornos de salud, tiene ingresos bajos o pertenece al ejército, un seguro médico público puede aplicarse.

Obtenga más información sobre el seguro médico en [Medicalnewstoday.com/articles/323367](https://www.medicare.gov/articles/323367).

¿Qué tipos de seguro médico privado hay disponibles y cuáles son los requisitos para calificar?

Aproximadamente, la mitad de los estadounidenses cuenta con planes de seguro privados.* En la mayoría de los casos, usted reúne los requisitos para un seguro médico privado a través de su trabajo o del trabajo de su padre/madre o cónyuge. El empleador ofrecerá planes que estén disponibles en su estado. Las principales compañías de seguros incluyen Blue Cross Blue Shield, Aetna, UnitedHealthcare y Cigna. También puede comprar un seguro directamente de estas compañías o a través de un agente de seguros.

Si estas no son opciones para usted, no tiene un trabajo, trabaja por cuenta propia o es propietario de un pequeño negocio, por ejemplo, ciertas organizaciones ofrecen cobertura médica grupal para sus miembros. Algunos ejemplos son las cámaras de comercio y las asociaciones para trabajadores independientes. Para obtener cobertura, debe ser miembro de la organización y debe poder pagar las primas. Además, puede comprar un seguro médico en un **intercambio de seguros médicos**.

Vea qué cubren los planes de intercambio de seguros médicos en [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Obtenga información sobre la cobertura de fármacos de venta con receta en virtud del seguro comercial en la página 6.

Obtenga más información sobre las palabras en azul pasando a la última página, Términos que debe conocer. Puede encontrar incluso más definiciones relacionadas con el seguro médico y la atención médica en [Healthcare.gov/glossary](https://www.healthcare.gov/glossary).

¿Qué tipos de seguros médicos públicos están disponibles?

Medicare, Medicaid, Veterans Health Administration y TRICARE son tipos de seguros médicos públicos.

Medicare

Medicare proporciona principalmente cobertura para personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades. Aproximadamente, el 14% de los ciudadanos estadounidenses están cubiertos por Medicare.* Si tiene 65 años o más, es automáticamente elegible para Medicare. Las personas de cualquier edad con ciertas discapacidades o con nefropatía terminal o esclerosis lateral amiotrófica (ELA) también son elegibles para Medicare.

Es importante comprender que Medicare tiene cuatro partes diferentes: A, B, C y D. Sus beneficios variarán en función de cuál de las opciones elija.

| Parte A | Parte B | Parte C | Parte D |
|--|---|--|--|
| Seguro hospitalario | Seguro médico | Seguro de Medicare Advantage | Seguro de fármacos de venta con receta |
| BENEFICIOS | | | |
| Este es su plan de seguro hospitalario. Cubre estancias hospitalarias, servicios mientras está en el hospital (por ejemplo, pruebas para diagnosticar su enfermedad) y cierta atención de seguimiento después de que salga del hospital. | Este es su plan de seguro médico y ambulatorio. Cubre las visitas al médico, la atención ambulatoria, el equipamiento médico duradero (durable medical equipment, DME), la atención médica a domicilio, los servicios preventivos y cualquier servicio que se considere médicamente necesario. <i>Juntas, las Partes A y B se llaman "Original Medicare" para distinguirlas de la cobertura más nueva, la Parte C.</i> | La Parte C, llamada Medicare Advantage (MA), combina las Partes A, B y D, con frecuencia, con beneficios adicionales como la atención oftalmológica y dental. Funciona de manera muy similar a un seguro médico comercial y, de hecho, los planes de MA los ofrecen y gestionan compañías de seguros comerciales seleccionadas por Medicare. | Este es su plan de fármacos de venta con receta independiente que puede complementar Original Medicare. Lo ofrecen las compañías de seguros privadas a todos los inscritos en la Parte A o Parte B. Obtenga información sobre la cobertura de fármacos de venta con receta en virtud de Medicare en la página 6. |

Medicaid

Medicaid proporciona cobertura médica a millones de estadounidenses (aproximadamente el 20% de todos los ciudadanos*), incluidos los adultos elegibles con ingresos bajos, los niños, las mujeres embarazadas, los adultos mayores y las personas con discapacidades. Medicaid es administrado por su estado, de conformidad con los requisitos federales. El programa está financiado conjuntamente por los estados y el gobierno federal.

Veterans Health Administration/TRICARE Department of Defense (DoD)

Veterans Administration y DoD ofrecen seguro médico para personas que están o han estado en el ejército, incluidos veteranos, miembros en servicio activo, miembros de la Guardia Nacional y Reserva, jubilados y sus familias. El seguro militar cubre las necesidades médicas de aproximadamente el 1% de la población.*

Haga clic a continuación para obtener más información sobre la elegibilidad

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| Medicare Medicare.gov | Medicaid Medicaid.gov | VA Healthcare Va.gov/health-care/eligibility | TRICARE Tricare.mil/plans/eligibility |
|--------------------------|--------------------------|---|--|

¿Cuándo puedo solicitar un seguro médico?

Todos los planes de seguros médicos privados y algunos públicos tienen un período de inscripción anual en el que puede inscribirse, cambiar o cancelar su plan. Este período se denomina inscripción abierta y, a menudo, se realiza en el otoño de manera que usted esté cubierto por el plan a partir del 1 de enero. Los planes privados no le permiten cambiar su plan después de la inscripción abierta, a menos que ocurra un evento de vida calificado, como casarse, tener un bebé o perder otro seguro médico. Los intercambios de atención médica y Medicare tienen sus propias reglas sobre la inscripción abierta. Obtenga más información en [Healthinsurance.org/glossary/open-enrollment](https://www.healthinsurance.org/glossary/open-enrollment).

¿Qué costos de atención médica paga el paciente?

Los gastos de atención médica son compartidos por usted y su proveedor de seguros médicos, ya sean públicos o privados. Esto significa que los planes de seguros médicos pueden incluir costos además de su prima mensual, incluidos los siguientes:



Deducible: Un monto fijo que usted paga por los servicios de atención médica todos los años antes de que el plan médico empiece a pagar su parte.



Copagos: Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica o fármaco cubiertos. Los copagos pueden variar en función de los diferentes servicios dentro del mismo plan, como los fármacos, los análisis de laboratorio y las visitas a especialistas. Algunos planes requieren que usted pague el deducible antes de que comience el copago.



Coseguro: El porcentaje que algunos planes requieren que pague por los servicios una vez que alcance su deducible. Por ejemplo, para una visita a su médico, un plan paga el 80% y usted paga el 20% restante.

Estos gastos también se llaman costos de bolsillo (out-of-pocket, OOP) y lo que usted paga depende de su plan. Los planes comerciales limitan el monto que tiene que pagar de OOP todos los años. Esto se llama su **OOP máximo**.

Los planes de atención médica suelen tener una red de médicos, hospitales, laboratorios y otras instalaciones a las que prefieren que vaya. Estos se llaman proveedores de la red y usted puede tener costos de OOP más bajos si permanece en esta red. Si sale de la red, sus costos de OOP pueden ser significativamente superiores.

Puede consultar los términos de la PPO y de la HMO cuando analice los planes de atención médica específicos:

- PPO significa Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization). Este es un tipo de plan médico que contrata a profesionales sanitarios, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Puede acudir a cualquier médico o centro médico que quiera, pero pagará menos si acude a los que se encuentran en la red del plan.
- HMO significa Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization). Las HMO restringen a los pacientes a los proveedores de su red. No pagarán ninguno de los costos si usted sale de la red.

Su **Resumen de beneficios y cobertura** (o documento del plan) le dirá exactamente qué deberá pagar: su prima, cuál es su deducible anual, los copagos y su OOP anual máximo, si hay uno.

¿Cómo cubren los fármacos de venta con receta los planes de seguros médicos?

Es posible que no lo piense, pero la forma en que se administra un medicamento puede afectar su cobertura. Los medicamentos que toma por su cuenta se cubren de forma distinta a los medicamentos que le receta un profesional médico.

Cobertura según cómo se toma el fármaco



POR BOCA (POR VÍA ORAL)

- Los comprimidos y los medicamentos líquidos se toman normalmente en el hogar
- Normalmente, están cubiertos por sus beneficios de fármacos de venta con receta



POR INFUSIÓN INTRAVENOSA (IV)

- Los fármacos que se infunden en las venas suelen administrarse en un hospital, clínica o consultorio del médico.
- Normalmente, están cubiertos por sus beneficios médicos



POR INYECCIÓN SUBCUTÁNEA

- Las inyecciones administradas debajo la piel se pueden inyectar en el hogar, en el consultorio del médico o en otro centro médico
- Si se administran en el hogar, normalmente, están cubiertas por los beneficios de los fármacos de venta con receta; una inyección administrada por un profesional de atención médica estará cubierta como un beneficio médico

¿Cómo puedo obtener los medicamentos que mi médico me receta?

Hay varias formas de obtener sus medicamentos:

- Puede recoger sus medicamentos en **farmacias minoristas**, como CVS y Walgreens que surten suministros de fármacos que se administran en el hogar para 30 días.
- Su plan de atención médica puede tener una **farmacia con servicio de entrega por correo** donde puede obtener suministros de fármacos que se administran en el hogar para 90 días, a menudo por menos de lo que pagaría en una farmacia minorista.
- **Las farmacias especializadas** trabajan con los fármacos especializados. Normalmente, los fármacos especializados son fármacos caros que se administran en el hogar que tratan afecciones raras y complejas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cáncer, las enfermedades autoinmunitarias y los trasplantes de órganos. A menudo, requieren una manipulación especial, como la refrigeración. Las farmacias especializadas también ofrecen apoyo adicional que, a menudo, es necesario con los medicamentos especiales, como asistencia financiera y capacitación.
- Los medicamentos administrados en el **consultorio de su médico** u otros centros médicos generalmente los proporciona y factura el centro.



Si necesita ayuda para pagar su medicamento de Daiichi Sankyo, visite DSIAccessCentral.com para ver si es elegible para recibir apoyo.

¿Cómo gestiona un seguro privado la cobertura de fármacos de venta con receta?

Si un fármaco de venta con receta forma parte de su **beneficio de farmacia** (lo toma o se lo inyecta en el hogar), normalmente, paga un copago o coseguro fijos según el nivel en el formulario de medicamentos de la compañía de seguro a la que pertenece el fármaco. Muchos formularios de medicamentos tienen 3 niveles de fármacos:

| Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 |
|--|--|---|
| LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS PREFIEREN LOS FÁRMACOS GENÉRICOS porque son tan seguros y eficaces como sus equivalentes de marca, pero normalmente cuestan mucho menos | LOS FÁRMACOS DE MARCA PREFERIDOS cuestan más que los genéricos, pero menos que los fármacos de marca no preferidos | LOS FÁRMACOS DE MARCA NO PREFERIDOS son los que tienen un mayor costo de bolsillo |

Las compañías farmacéuticas suelen ofrecer tarjetas de copago a personas con seguro comercial para ayudarlas con el costo de los fármacos de marca. Visite Access Central para obtener información sobre las tarjetas de copago para los medicamentos de Daiichi Sankyo.

Si un fármaco de venta con receta forma parte del **beneficio médico** de su seguro privado (administrado por su médico u otro proveedor en un centro médico), usted deberá un copago o coseguro. Su costo depende de su plan. Si bien es frecuente que en el consultorio del médico le informen el costo antes de su tratamiento, asegúrese de preguntar esto si en el consultorio de su médico no lo hacen.

¿Cómo gestiona Medicare la cobertura de los fármacos de venta con receta?

La cobertura de los fármacos de venta con receta de Medicare es compleja y a continuación se brinda una descripción general de alto nivel.

Original Medicare

- A** Los costos de los fármacos de la Parte A, por lo general, están cubiertos como parte de la estadía en el hospital.
- B** La Parte B cubre la mayoría de los fármacos que deben ser administrados por un profesional. Usted es responsable de un coseguro del 20% después de que se haya alcanzado el deducible.* Aunque no hay un máximo de OOP para la Parte B de Medicare, las compañías de seguros privadas ofrecen cobertura de Medigap para ayudar a cubrir los copagos y el coseguro. Obtenga más información en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Parte D de Medicare

- D** Recuerde que la Parte A y la Parte B de Medicare no cubren los medicamentos que toma por su cuenta. Tendrá que inscribirse en la Parte D para recibir cobertura para ellos. Se ofrece la cobertura de fármacos de venta con receta de la Parte D a todas las personas que tienen Medicare, pero usted paga una prima adicional. Con la Parte D, el monto que usted paga por los fármacos de venta con receta cambia a lo largo del año. Puede obtener más información al respecto en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Es posible que haya escuchado el término “período sin cobertura” en relación con la Parte D de Medicare. Las personas con Medicare entran en el período sin cobertura cuando el costo total de sus fármacos (lo que el paciente ha pagado más lo que ha pagado Medicare) alcanza un cierto límite. El límite cambia todos los años. Cuando un paciente está en el período sin cobertura, la cobertura de Medigap puede ayudar a pagar los medicamentos necesarios.

Ventajas de Medicare

- C** Los planes de Medicare Advantage (a veces denominados Parte C) ofrecen fármacos de venta con receta sin costo alguno para usted después de que alcance un máximo de OOP en la red. Descubra cómo funcionan los planes de Medicare Advantage en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

¿Qué ocurre si no puedo pagar mis recetas con Medicare?

Puede ser elegible para el Subsidio por ingresos bajos (Low-income Subsidy, LIS) o Extra help (ayuda adicional). El programa Extra Help ayuda a personas con planes de fármacos de venta con receta de Medicare que alcanzan ciertos límites de ingresos y recursos. Puede ayudar con las primas, los deducibles y otros costos de OOP para fármacos de venta con receta. Los beneficiarios de Medicare califican automáticamente en los siguientes casos:

- Obtiene ayuda para los costos de la Parte B de un [programa de ahorros de Medicare](#)
- Obtiene beneficios de ingresos de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)

Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que deba presentar una solicitud.

Extra Help es un programa gubernamental gestionado por la Administración de Seguridad Social. Hay más información en el sitio web de Seguridad Social, [Ssa.gov](https://ssa.gov) o llame al 1-800-772-1213. Se aplican requisitos de elegibilidad.

En Daiichi Sankyo, Inc., las personas que necesitan tratamiento son siempre nuestra máxima prioridad. Estamos comprometidos a ayudarlo a obtener sus medicamentos brindándole una amplia variedad de apoyo al paciente para ayudar con el acceso a nuestros tratamientos. Para obtener más información, visítenos en DSIAccessCentral.com.

Términos que debe conocer

Coseguro: El porcentaje que algunos planes requieren que pague por los servicios una vez que alcance su deducible. Por ejemplo, para una visita a su médico, un plan podría pagar un 80% y la persona asegurada paga el 20%.

Copago: Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica o fármaco cubiertos. Los copagos pueden variar en función de los diferentes servicios dentro del mismo plan, como los fármacos, los análisis de laboratorio y las visitas a especialistas. Algunos planes requieren que usted pague el deducible antes de que comience el copago.

Deducible: El monto que usted paga por los servicios de atención médica todos los años antes de que el plan médico empiece a pagar su parte. Una vez que alcanza su deducible, normalmente pagará un copago o coseguro por los servicios cubiertos. Su compañía de seguro paga el resto. Esto puede diferir en función de su plan. Por ejemplo, algunos planes le permiten realizar una visita a su médico de atención primaria sin primero tener que alcanzar el deducible. Y nunca tiene que pagar el deducible antes de recibir atención preventiva, como un examen físico anual, ya que la atención preventiva la paga en un 100% su proveedor de seguro médico.

Formulario de medicamentos: La lista de fármacos de venta con receta que están aprobados para su uso y están cubiertos por su plan de seguro médico.

Intercambio de seguros médicos: Un mercado en línea donde los consumidores pueden comparar y comprar planes de seguro médico individuales.

Agente de seguros: Un agente de seguros gana dinero de las comisiones por las ventas de seguros a personas o negocios. Suelen vender muchos tipos de seguros, no solo de atención médica.

Programas de ahorros de Medicare: Estos programas pueden ayudar a pagar sus costos de Medicare si tiene ingresos y ahorros limitados. También se denominan Programas de compra de Medicare (Medicare Buy-in Programs) o Programas de pago de primas de Medicare (Premium Payment Programs).

Medigap: Seguro médico adicional que usted adquiere de una compañía privada para pagar los costos médicos que no están cubiertos por Original Medicare, como copagos, deducibles y atención médica si viaja fuera de los EE. UU.

Proveedores de la red: Los proveedores de atención médica que tienen un contrato con su compañía de seguro para aceptar ciertas tarifas de descuento (cobran menos por los servicios cubiertos). Normalmente, pagará menos con un proveedor de la red.

Fuera de la red: Los proveedores que están fuera de la red no han aceptado las tarifas de descuento, por lo que su parte del costo será mayor cuando acuda a ellos.

Costos de bolsillo máximos: Los planes de seguro limitan la cantidad de costos de OOP que tiene que pagar durante el año del plan. Después de alcanzar el máximo, su plan médico pagará el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

Prima: El monto que pagará por su seguro médico todos los meses.

Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC): Un vistazo de su plan, incluidos los servicios cubiertos, los servicios que no están cubiertos y los cargos que deberá pagar.

