

Importante: Desde la impresión de este folleto en agosto del 2000, se han realizado los cambios siguientes:

1. La prima mensual para la Parte B es de \$50 en el 2001. Este cambio afecta las páginas 7, 8 y 10. Las primas pueden variar cada año.
2. La información en el recuadro en la parte superior de la página 8 debe decir:

Usted puede inscribirse en un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés) que comienzan con diálisis y están en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, pueden permanecer en el plan en que se encuentran o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma empresa en el mismo estado. Usted debe continuar pagando la prima mensual Parte B de \$50 en 2001.

Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso, quizá pueda inscribirse en un plan. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre Enfermedad Renal en Etapa Final y planes de salud Medicare.

Si usted tiene ESRD y está en un plan y ese plan se retira de Medicare o ya no presta servicios en su área, usted puede inscribirse en otro plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio si hay alguno disponible en su área. (Esto se aplica a las personas cuyos planes se retiraron de Medicare o no prestan cobertura en su área a partir o después del 31 de diciembre de 1998).

3. En la página 10, el segundo asterisco y el primer recuadro ya no están correctos. La información correcta es:

Si tiene la Parte A por edad o incapacidad, pero no tomó la Parte B o su cobertura de la Parte B fue suspendida, usted podrá inscribirse en la Parte B sin pagar una prima más alta si se unió al plan de Medicare basándose en su Enfermedad Renal en Etapa Final. Visite la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 y pida una cita para inscribirse en Medicare basándose en su Enfermedad Renal en Etapa Final.

4. En la página 35, bajo "medicinas inmunosupresivas", reemplace la información en paréntesis con lo siguiente:

(Para información sobre el alcance de su cobertura, vea la página 36.)

5. En la página 37, bajo "Servicio de trasplante cubierto por Medicare" (continuación)

Si usted tiene Medicare solo por fallo permanente de los riñones, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que recibió el trasplante.

Si usted ya tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal en Etapa Final, o si usted fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare continuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo.

6. En la página 38, bajo "¿Qué pasa si no puedo pagar por las medicinas para trasplante?", la primer oración debe decir:

“Las medicinas para trasplante pueden ser muy costosas. Si usted tiene Medicare solo por insuficiencia renal, sus medicinas inmunosupresivas solamente estarán cubiertas por 36 meses después del mes en que recibió el trasplante.”

7. En la página 39, el segundo párrafo después de los dos asteriscos, debe decir:

“Si usted tiene Medicare solo por insuficiencia renal, y recibe un trasplante de páncreas después del trasplante de riñón, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que se realizó el trasplante de páncreas. Si usted tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal en Etapa Final, o si fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare conitnuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo.”

El tercer párrafo, referido a la diabetes, no tiene cambios.

8. En la página 47, el segundo asterisco cambia de la forma siguiente:

Tiene un ingreso mensual menor a \$1,273 para una persona soltera o \$1,714 para una pareja en el 2001. Estos ingresos límite son un poco más altos en Hawaii y Alaska.

9. En la página 55, las cantidades que siguen reflejan “Lo que USTED paga en 2001 en el Plan Original de Medicare”

Por estadía en el hospital

Por cada período de beneficio Usted paga:

- Un total de \$792 por estadía en un hospital de 1-60 días.
- \$198 diarios por estadía en un hospital de 61-90 días
- \$396 diarios por estadía en un hospital de 91-150 días.

- Todos los gastos por cada día después de los 150 días

Por cuidado en un Centro de Enfermería Especializada

Por cada período de beneficio Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días..
- Hasta \$99 diarios de 21-100 días.
- Todos los gastos después de los 100 días en el período de beneficios.

10. En la página 59, la columna de **Servicios Preventivos de Medicare Parte B** presenta los cambios siguientes:

Colorectal Cancer Screening

Colonoscopia* - Una cada 24 meses si es una persona de alto riesgo de cáncer de colon. Sin no es una persona de alto riesgo, una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de haber tenido una evaluación de sigmoidoscopia flexible.

Mamografía: Una cada 12 meses. (Usted también puede obtener una mamografía básica entre los 35 y 39 años) Medicare también cubre las nuevas tecnologías digitales para evaluación del seno.

Examen Papanicolau y Pélvico: (Incluye examen clínico de los senos) Uno cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted es una persona de alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o si está en edad de concebir y ha tenido un examen Papanicolau anormal en los últimos 36 meses.

Vacunas:

- Vacuna contra la influenza/gripe – Una vez al año en el otoño o invierno.
- Vacuna contra la pulmonía – Una vacuna puede ser todo lo que usted necesite durante su vida. Pregunte a su médico.

La columna titulada "**Quién está cubierto...**" presenta los cambios siguientes:
(Al lado de Servicios de Diabetes y entrenamiento para la autoadministración de Diabetes)

Si lo solicita su médico u otro proveedor y usted corre el riesgo de complicaciones de salud por su diabetes.

Examen de evaluación de Glaucoma: Una vez cada 12 meses, a partir del 1 de enero del 2002. Debe ser realizado o supervisado por un médico de ojos que esté legalmente autorizado para ofrecer este servicio en su estado.

Las personas con riesgo alto de padecimiento de glaucoma, incluyendo a las personas con diabetes o con antecedentes de glaucoma en su familia.

El 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del pago del deducible anual de la Parte B.



Edición en Letra Grande

Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Trasplante de Riñón

Si usted tiene fallo permanente de riñón, este manual es para usted.

Le informa...

- Cómo obtener Medicare si tiene fallo de los riñones.
- Cómo Medicare le ayuda a pagar por diálisis renal y trasplante de riñón.
- Dónde conseguir ayuda.

Este manual también tiene información especial sobre trasplante de páncreas, ver página 60.

Para averiguar cómo utilizar este manual, ver la páginas 6 - 7.



ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO
DE SERVICIOS DE SALUD

La Agencia Federal de Medicare

La Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud quiere expresarle su agradecimiento al American Association of Kidney Patients (AAKP, por sus siglas en inglés) y su Directora Ejecutiva, Kris Robinson, por suministrar las citas de miembros de la AAKP para este manual. También queremos agradecerle a los siguientes miembros de la AAKP por compartir sus experiencias:

Bonny Willburn, paciente de hemodiálisis

Donald Dowe, MSW, paciente de trasplante

Rosalyn Feldman, paciente de hemodiálisis

Brenda Dyson, paciente de trasplante

● **Fin de esta Página**

Carta abierta de pacientes renales a otros pacientes renales

Descubrir que usted tiene fallo permanente de los riñones no es nada fácil. Pero nosotros estamos aquí para decirle que aún si se siente triste, confuso, y hasta frustrado, usted sí puede adaptarse a esta situación y tomar control de su vida. El solo hecho que este leyendo este manual es un buen comienzo.

Tal vez usted esté preocupado por sus gastos médicos. Nosotros también pasamos por eso. Pero...¿sabía usted que hay un programa que le ayudará a pagar sus costos de diálisis renal y de trasplante, aún si usted es menor de los 65 años? Ese programa se llama Medicare, un programa federal de seguro de salud. Este manual le explica cómo funciona. Usted puede leer más sobre lo que es Medicare, y sobre cómo inscribirse, en la páginas 18 - 19 de este manual.

“Yo averigüé sobre la cobertura de Medicare después de una reunión con mi trabajador social, que me brindó toda la información que había al respecto.”

-Bonny

Paciente de hemodiálisis

“Yo no sabía nada sobre la relación entre ESRD (Enfermedad Renal de Etapa Final) y Medicare. Averigüé que Medicare cubría diálisis por uno de mis compañeros del trabajo. Afortunadamente seguí su consejo.”

-Don

Paciente de trasplante

“Mi Enfermedad Renal de Etapa Final llegó de forma muy repentina en 1987 y yo no sabía que Medicare estaba disponible para ayudar a cubrir el costo de tratamientos de diálisis y otros costos médicos. Cuando averigüé que mi enfermedad me hacía elegible para Medicare, el agobio causado por los gastos médicos y de hospital se resolvió.”

-Rosalyn

Paciente de hemodiálisis

El tratar de entender todos los “ángulos” de Medicare puede ser algo confuso. Si usted tiene cualquier pregunta después de leer este manual, no tenga miedo de pedir ayuda. En las páginas 78 - 86 aparecen los números de personas que pueden ayudarlo. Usted también puede hablar con el trabajador social de su centro de diálisis o de trasplante para conseguir ayuda para entender qué es lo que está cubierto por Medicare, y qué es lo que no está cubierto.

Cúidese,

Bonny, Don, y Rosalyn

Pacientes renales

1 __ Para Encontrar lo que Usted Busca

Introducción __ Página 5

Cómo Utilizar este Manual __ Páginas 6 - 7

Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes (Se definen los términos en letra roja) __ Páginas 8 - 12

Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare __ Páginas 13 - 29

¿Qué es Medicare? __ Página 13

Las dos partes de Medicare __ Páginas 13 - 15

Opciones de planes de salud de Medicare __ Páginas 15 - 16

Medicare para personas con fallo de los riñones __ Páginas 17 - 20

__ ¿Quién es elegible? __ Páginas 17 - 18

__ Cómo inscribirse en Medicare __ Páginas 18 - 19

Cuándo comienza su cobertura de Medicare __ Páginas 21 - 23

Cuándo termina su cobertura de Medicare __ Página 24

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador __ Páginas 25 - 29

Sección 3: Diálisis Renal __ Páginas 30 - 53

¿Qué es diálisis? __ Página 30

Dónde conseguir tratamientos de diálisis __ Página 30

Cómo encontrar un centro de diálisis __ Página 31

Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar __ Páginas 32 - 33

2 __ Para Encontrar lo que Usted Busca (continuación)

Sección 3: Diálisis Renal (continuación) __ Páginas 30 - 53

Cómo averiguar que tan bien está funcionando su diálisis __ Página 34

Qué está cubierto por Medicare __ Páginas 35 - 37

Qué no está cubierto por Medicare __ Página 38

Lo que USTED paga por servicios de diálisis __ Páginas 39 - 50

__ Diálisis en un centro de diálisis __ Páginas 39 - 40

__ Diálisis en un hospital __ Página 40

__ Servicios de los médicos __ Páginas 40 - 41

__ Entrenamiento en auto diálisis __ Página 42

__ Diálisis en el hogar __ Páginas 43 - 50

Diálisis cuando usted está de viaje __ Páginas 51 - 52

Transporte al centro de diálisis __ Página 53

Sección 4: Trasplantes de Riñón __ Páginas 54 - 61

¿Qué es un trasplante de riñón? __ Página 54

Dónde obtener un trasplante de riñón __ Página 54

Qué está cubierto por Medicare __ Páginas 55 - 60

__ Medicinas para trasplantes (llamadas medicinas inmunosupresivas) __ Páginas 57 - 59

__ Información especial sobre trasplantes de páncreas __ Página 60

Lo que USTED paga por servicios de trasplante de riñón __ Páginas 60 - 61

3 __ Para Encontrar lo que Usted Busca (continuación)

Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación) __ Páginas 54 - 61

__ ¿Tengo que pagar por el donante de mi
riñón? __ Página 61

__ Servicios del médico __ Página 61

Sección 5: Cómo Medicare Paga por Sangre __ Páginas 62 - 64

Lo que USTED paga por sangre __ Páginas 62 - 63

Cómo reponer sangre __ Página 64

Sección 6: Apelaciones y Quejas Formales __ Páginas 65 - 67

Apelaciones

__ Qué hacer si Medicare no paga por un servicio que
usted recibió __ Página 65

Presentando una queja formal

__ Qué debe hacer si tiene problemas con los servicios
que recibe __ Páginas 66 - 67

Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud __ Páginas 68 - 73

Cobertura de empleado o retirado por medio de
empleador o sindicato __ Página 68

Una póliza de seguro Medigap __ Página 69

Medicaid __ Página 71

Beneficios de la Administración de
Veteranos __ Página 72

Otras formas para obtener ayuda __ Página 73

4 __ Para Encontrar lo que Usted Busca (continuación)

Sección 8: Dónde Obtener Más Información __ Páginas 74 - 86

Organizaciones especiales sobre los
riñones __ Páginas 74 - 75

Redes de Enfermedad Renal de Etapa Final
(ESRD) __ Página 75

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
(SHIP) __ Página 76

Agencia de Revisión del Estado __ Página 76

Otros manuales de Medicare para pacientes
renales __ Páginas 77 - 78

Números telefónicos de la Red ESRD y
SHIP __ Páginas 78 - 86

Sección 9: Cuadros de Cobertura de Medicare __ Páginas 87 - 104

Parte A de Medicare __ Páginas 87 - 91

Parte B de Medicare __ Páginas 92 - 97

Servicios Preventivos de la Parte B de
Medicare __ Páginas 98 - 104

Sección 10: Índice (Un índice alfabético de los temas en este manual) __ Páginas 105 - 107

5 __ Introducción

Este manual le explica como Medicare ayuda a pagar por diálisis renal y servicios de trasplante de riñón en el Plan Original de Medicare, también conocido como el plan de “pago-por-servicio.” Si usted está en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, su plan debe brindarle por lo menos la misma cobertura que el Plan Original de Medicare, pero puede tener reglas diferentes. Sus costos, derechos protecciones, y/u opciones de donde usted recibe su cuidado pueden ser distintos si está en uno de estos planes, y es posible que pueda obtener beneficios adicionales. Lea los materiales de su plan o llame a su administrador de beneficios para obtener más información.

Este manual no contiene información detallada sobre el fallo de los riñones, tratamientos de diálisis, y trasplante de riñón. Para averiguar más sobre estas cosas, hable con su equipo de salud. Sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos dietéticos, y técnicos de diálisis son los que forman su equipo de salud. Están allí para ayudarlo. También debe hablar con su médico sobre sus opciones de tratamiento. Usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para usted, según su situación.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

6 __ Cómo Utilizar este Manual

Este manual contiene 10 secciones. El título en la cabecera de cada página, le indica la sección que está leyendo. Los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

Usted:	Lea la(s) página(s)...
¿Quiere encontrar un tema específico en este manual?	105 - 107 Índice: Una lista en orden alfabético con todos los temas de este manual y la(s) página(s) donde puede encontrar la información que usted busca.
¿Quiere averiguar si es elegible para Medicare?	17 - 18
¿Quiere inscribirse en Medicare?	18 - 19
¿Quiere saber cuál es la cobertura Medicare para diálisis renal?	35 - 37
¿Quiere saber qué es lo que cubre Medicare para trasplante de riñón?	54 - 58
¿Tiene un Plan de Salud de Grupo de Empleador?	25 - 29

7 __ Cómo Utilizar este Manual (continuación)

Usted:	Lea la(s) página(s)...
¿Quiere saber dónde obtener ayuda?	74 - 86
¿Tiene algún problema o una queja?	65 - 67
¿Quiere averiguar sobre el modo de transporte para llegar al sitio para sus servicios de diálisis?	53
¿Quiere averiguar sobre diálisis mientras está de viaje?	51 - 52
¿Quiere averiguar lo que usted paga por diálisis?	39 - 50
Quiere averiguar que lo que usted paga por trasplante de riñón?	60 - 61
¿Quiere averiguar sobre medicinas para trasplantes?	57 - 59
¿Quiere averiguar sobre otras formas para obtener ayuda con sus gastos de salud?	68 - 73

8 __ Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes - Letra A hasta C

A

Apelación - Una apelación es un tipo especial de queja formal que usted puede presentar si no está de acuerdo con cualquier decisión sobre sus servicios de cuidado de salud. Por ejemplo: si Medicare no pagó por un servicio que usted recibió. Esta queja se le hace a su plan de salud Medicare o al Plan Original de Medicare. Por lo general hay un proceso especial que usted debe seguir para presentar su queja.

Asignación - En el Plan Original de Medicare, esto significa que un médico se pone de acuerdo en aceptar el honorario de Medicare como pago completo. Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede ahorrar dinero si su médico acepta la asignación. **Usted siempre debe pagar su parte del costo de la visita al médico.**

C

Cantidad Aprobada por Medicare - El honorario que establece Medicare como lo razonable por determinado servicio médico cubierto. Esta es la cantidad que usted y Medicare le pagarán a un médico o proveedor por un servicio o suministro. Puede ser menor que la cantidad que realmente cobra el médico o proveedor. A la cantidad aprobada a veces también se le llama el “Cobro Aprobado”

9 __ Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes (continuación) - Letra C hasta M

C (continuación)

Coseguro - El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o la Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del coseguro es un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, el 20%).

D

Deducible - La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar, sea por cada período de beneficios para la Parte A, o por cada año para la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

E

Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD) - Fallo de los riñones lo suficientemente grave para requerir diálisis de por vida o un trasplante de riñón.

M

Medicamento Necesario - Servicios o suministros médicos que:

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se brindan para el diagnóstico, la atención directa, y el tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena practica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primordialmente para la conveniencia de su doctor.

10 __ Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes (continuación) - Letra P

P

Pagador Secundario - La empresa de seguros que es el segundo en pagar un reclamo por atención médica. Esto podría ser Medicare, Medicaid, u otro asegurador, dependiendo de la situación.

Período de Beneficios - La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted acude a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días seguidos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de internación de paciente del hospital para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficios que usted puede utilizar.

Período de Coordinación - Un período durante el cual su plan de salud de empleador de grupo será el primero en pagar sus cuentas de salud y Medicare será el segundo en pagar. Si su plan de salud de grupo de empleador no paga el 100% de sus cuentas de salud durante el período de coordinación, es posible que Medicare pague los costos restantes.

11 — Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes (continuación) - Letra P

P (continuación)

Período de Inscripción General - (GEP, por sus siglas en inglés de General Enrollment Period) El GEP corre del 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe en la Parte A o Parte B (si es que no lo consigue automáticamente sin pagar una prima) durante el GEP, su cobertura comienza el 1 de julio.

Plan Original de Medicare - Un plan de salud en el que se paga por cada consulta y que le permite a usted acudir a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de servicios de salud que acepte a Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde (el coseguro).

Plan Privado de Pago-por-Servicio - Una opción para el cuidado de la salud en ciertas áreas del país. Es un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada de seguros. Usted puede acudir a cualquier médico u hospital que le guste. El plan de seguros, en vez del programa Medicare, es el que decide cuanto pagará usted y cuanto pagará Medicare por los servicios que usted recibe. Es posible que usted pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted obtenga beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre.

12 __ Sección 1: Definiciones de Palabras Importantes (continuación) - Letra P hasta Q

P (continuación)

Plan de Salud Administrado Medicare - Estos son opciones de planes de salud en ciertas áreas del país. En la mayoría de los planes, usted solamente puede acudir a los médicos, especialistas, u hospitales que aparecen en la lista del plan. Los planes deben cubrir todo cuidado de salud de la Parte A y Parte B de Medicare. Algunos planes cubren cosas adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menores que con el Plan Original de Medicare.

Prima - Lo que usted le paga mensualmente por cobertura de servicios de salud a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de salud.

Q

Queja Formal - Una queja sobre la forma en la cual su plan de salud Medicare le está brindando servicios de salud. Por ejemplo, usted puede registrar una queja si tiene problemas con el aseo del centro de salud, con llamar al plan, el comportamiento del personal, o las horas de operación. Una queja formal no es lo mismo que una apelación, que es la forma apropiada de presentar una queja sobre una decisión de tratamiento o un servicio que no está cubierto (ver Apelación).

13 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

- Personas de 65 años de edad o más.
- Ciertas personas con incapacitaciones menores de los 65 años de edad.
- Personas con Enfermedad Renal de Etapa Final o ESRD (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante).

Las dos partes de Medicare

Medicare tiene dos partes:

1. **La Parte A (Seguro de Hospital)** ayuda pagar por:

- Cuidado de internación en el hospital
- Algunos tipos de cuidado en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de hospicio
- Ciertos tipos de cuidado de salud en el hogar

La mayoría de las personas reciben la Parte A automáticamente cuando cumplen los 65 años. No tienen que hacer un pago mensual (la prima) para la Parte A, ya que ellos (o su cónyuge) pagaron sus impuestos de Medicare mientras estaban trabajando.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

14 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Las dos partes de Medicare (continuación)

2. La Parte B (Seguro Médico) ayuda a pagar por:

- Servicios del médico
- Cuidado ambulatorio de hospital
- Ciertos servicios médicos que no cubre la Parte A (por ejemplo, ciertos tipos de cuidado de la salud en el hogar).

La Parte B ayuda a pagar por estos servicios y suministros cubiertos cuando son médicamente necesarios.

Usted paga la prima de la Parte B de Medicare de \$50.00* por mes en el 2001. Las tarifas pueden cambiar de año en año. En algunos casos, esta cantidad puede ser mayor si usted no escogió inscribirse en la Parte B cuando calificó por primera vez al cumplir los 65 años. El costo de la Parte B puede subir en un 10% por cada período de 12 meses en el cual usted pudo haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Usted tendrá que pagar este 10% adicional por el resto de su vida. Si se inscribe en la Parte B de Medicare debido a su Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD) por sus siglas en inglés), es posible que usted no tenga que pagar este 10% adicional (ver página 19).

*La nueva cantidad para la prima de la Parte B estará disponible para el 1 de enero, 2002.

15 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Las dos partes de Medicare (continuación)

Importante: Su Parte B de Medicare se acabará si usted no paga sus primas mensuales o si decide cancelarla.

Si usted necesita Medicare debido a fallo renal, vea las páginas 18 - 19 para averiguar como inscribirse.

Nota: Para obtener más detalles sobre lo que cubre Medicare, vea los cuadros de cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare en las páginas 87 - 104.

Opciones de planes de salud de Medicare

Dependiendo de donde usted vive, posiblemente tendrá tres opciones:

1. El Plan Original de Medicare (también conocido como el plan de pago-por-servicio)
2. Un plan de salud administrado Medicare (como un HMO-Organización para el mantenimiento de la salud), o
3. Un plan Privado de Pago-por-Servicio

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

16 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Opciones de planes de salud de Medicare (continuación)

Usted no puede inscribirse en un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio si tiene Enfermedad Renal de Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD por sus siglas en inglés) que comienzan con diálisis ya están en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, pueden permanecer en el plan en que se encuentran o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma empresa en el mismo estado. **Usted debe continuar pagando la prima mensual Parte B de \$50.00 en 2001.**

*La nueva cantidad para la prima de la Parte B estará disponible a partir del 1 de enero del 2002.

Para obtener más información sobre sus opciones de planes de salud de Medicare, llame al 1 800 633 - 4227, TTY/TDD: 1 877 486 - 2048 para personas con impedimentos auditivos o de lenguaje oral y pida su copia gratis del manual “**Medicare y Usted**”. Usted también puede leer o imprimir una copia de este manual de www.medicare.gov en el Internet. Active “Publicaciones” (Publications).

Importante: Medicare no paga por todo. Hay ciertos tipos de seguros que pueden pagar por algunos de los costos de cuidado salud que no paga Medicare. (Ver páginas 68 - 73.)

17 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Medicare para personas con fallo de los riñones

¿Quién es Elegible?

Usted puede obtener la Parte A de Medicare, sin importar su edad, si sus riñones ya no funcionan y necesita diálisis regularmente, o si ha tenido un trasplante de riñón, y:

- Usted trabajó el tiempo requerido* bajo Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario, o como empleado del gobierno; ●
- Usted está recibiendo o es elegible para recibir beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario; ●
- Usted es cónyuge o hijo/a dependiente de una persona que trabajó el tiempo requerido* para ser elegible para Medicare, o que está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si usted tiene la Parte A de Medicare también puede obtener la Parte B. Inscribirse en la Parte B es una de sus opciones.

*Llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213 para obtener más información sobre el tiempo requerido por el Seguro Social para ser elegible para Medicare. Si usted recibe beneficios de su Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés de Railroad Retirement Board) o llame a su oficina local de la RRB, o al 1 800 808 - 0772.

18 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Medicare para personas con fallo de los riñones (continuación)

¿Quién es Elegible? (continuación)

Importante: Usted necesitará tanto la Parte A como la Parte B para que Medicare le cubra ciertos servicios de diálisis y trasplante de riñón.

Si usted no puede obtener Medicare, es posible que pueda conseguir ayuda de su estado para pagar por sus tratamientos de diálisis (ver página 71).

Cómo inscribirse en Medicare

- Si necesita Medicare solamente debido a ESRD (fallo permanente de los riñones), usted puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare en base a ESRD en su oficina local del Seguro Social. **Llame a su oficina local del Seguro Social y haga una cita para inscribirse en Medicare en base a ESRD.**
- Si tiene la Parte A por edad o incapacidad, pero no tomó la Parte B o su cobertura de la Parte B fue suspendida, usted podrá inscribirse en la Parte B sin pagar una prima más alta si se unió al plan de Medicare basándose en su Enfermedad Renal en Etapa Final. Visite la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 y pida una cita para inscribirse en Medicare basándose en su Enfermedad Renal en Etapa Final.

19 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Medicare para personas con fallo de los riñones (continuación)

Cómo inscribirse en Medicare (continuación)

Nota: El costo de la Parte B sube en un 10% por cada período de 12 meses dentro del cual usted pudo haber tenido la Parte B pero no se inscribió. **Para evitar el tener que pagar una prima más alta para la Parte B, usted debe inscribirse en la Parte A como la Parte B en base a ESRD en su oficina local del Seguro Social.** Llame a su oficina local del Seguro Social para hacer una cita para inscribirse en Medicare en base a ESRD.

Si está pagando una prima más alta para la Parte B, debido a que no se inscribió en la Parte B cuando calificó por primera vez para Medicare, usted puede pagar la tarifa básica de la prima, que es de \$50.00* al mes en el 2001 (ver “Importante” a continuación).

*La nueva cantidad de la prima de la Parte B estará disponible a partir del 1 de enero, 2002.

Importante: Para no tener que pagar la tarifa más alta de la prima, usted debe inscribirse en Medicare basándose en **ESRD**. Llame a su oficina local del Seguro Social para hacer una cita para inscribirse en Medicare basándose en su fallo renal (ESRD).

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

20 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Medicare para personas con fallo de los riñones (continuación)

Pagando por la Parte B de Medicare

Cuando usted se inscribe para la Parte B, la prima por lo general se sustrae de su pago mensual del Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. Si no recibe ninguno de estos pagos, cada 3 meses Medicare le enviará una cuenta para el pago de su prima de la Parte B. Su cuenta para la prima de Medicare debería llegarle antes del 10 de cada mes. Si usted no recibe su cuenta antes del 10, llame a la Administración de Seguro Social al 1 800 772 - 1213. Si recibe beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB), llame a su oficina local de la RRB o al 1 800 808 - 0772.

Recuerde, usted debe pagar su prima de la Parte B. Si no paga su prima de la Parte B, o si decide cancelarla, terminará su Parte B de Medicare.

- **Fin de esta Página**

21 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cuándo comienza su cobertura de Medicare

Cuando usted se inscribe en Medicare por primera vez basándose en ESRD (fallo renal permanente), y está en diálisis o ha tenido un trasplante de riñón, su cobertura de Medicare usualmente comenzará al cuarto mes del tratamiento de diálisis. Por ejemplo, si comienza a recibir su tratamiento de hemodiálisis en julio, su cobertura de Medicare comenzaría el 1 de octubre.

Si usted está cubierto por un plan de salud de grupo de empleador, su cobertura de Medicare comenzará al cuarto mes de tratamiento de diálisis. Su plan de salud de grupo de empleador será el primer pagador de sus cuentas por servicios de salud y Medicare será el segundo en pagar durante un período de coordinación de 30 meses. Ver páginas 25 - 29, “Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador.”

Si usted no tiene cobertura de un plan de salud de grupo de empleador, puede ser que hayan otros tipos de seguros y programas que puedan ayudarlo a pagar algunos de sus gastos de salud (ver páginas 68 - 73.)

22 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cuándo comienza su cobertura de Medicare (continuación)

Hay tres formas en las cuales usted posiblemente pueda conseguir cobertura de Medicare más pronto.

1. La cobertura de Medicare puede comenzar tan pronto como en el primer mes de diálisis si...

- Usted participa en un programa de entrenamiento de diálisis en el hogar en un centro de entrenamiento aprobado por Medicare, para enseñarle cómo auto administrarse tratamientos de diálisis en su propio hogar;
 - Usted comienza entrenamiento en administración de diálisis en el hogar antes del tercer mes de diálisis; y
 - Usted anticipa completar su entrenamiento en diálisis en el hogar y auto administrarse tratamientos de diálisis. **Hable con su médico sobre sus opciones de tratamiento de diálisis.**
-
- **Fin de esta Página**

23 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cuándo comienza su cobertura de Medicare (continuación)

Hay tres formas en las cuales usted posiblemente pueda conseguir cobertura de Medicare más pronto (continuación)

- 2. La cobertura de Medicare puede comenzar el mes en que usted ingrese a un hospital aprobado por Medicare para recibir un trasplante de riñón, o para recibir servicios de salud que se necesitan antes de su trasplante, si es que. . .**
 - Recibe el trasplante durante ese mismo mes o dentro de los dos meses siguientes.
- 3. La cobertura de Medicare puede comenzar 2 meses antes del mes de su trasplante si. . .**
 - Su trasplante se demora más de 2 meses después de que usted haya ingresado al hospital para el trasplante o para recibir servicios de cuidado de salud que necesita antes de su trasplante (ver Ejemplo, a continuación).

Importante: Medicare no cubrirá cirugía u otros servicios que se necesiten para prepararse para diálisis (como cirugía para un acceso de sangre) si se consiguen antes de que comience la cobertura de Medicare.

24 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cuándo termina su cobertura de Medicare

Ejemplo: La Sra. García ingresó al hospital el 25 de mayo para recibir unos exámenes que necesitaba antes de su trasplante de riñón. Se suponía que iba a recibir su trasplante el 15 de junio. Sin embargo, el trasplante se demoró hasta el 15 de septiembre. Por lo tanto, la cobertura Medicare de la Sra. García comenzará en julio, dos meses **antes** del mes en que reciba el trasplante.

Si usted tiene Medicare solamente debido a fallo de los riñones, su cobertura de Medicare terminará:

- 12 meses después del mes en que usted suspende su tratamiento de diálisis, o
- 36 meses después del mes en que usted tuvo un trasplante de riñón exitoso.

Su cobertura de Medicare no terminará si:

- Usted debe comenzar con diálisis de nuevo, o recibe un trasplante de riñón dentro de 12 meses después del mes en que dejó de recibir diálisis, o
- Sigue recibiendo diálisis o recibe otro trasplante de riñón dentro de 36 meses después de un trasplante.

Importante: Recuerde, para que Medicare pague por diálisis renal y ciertos servicios de trasplante, usted necesitará tener tanto la Parte A como la Parte B. Si usted no paga su prima de la Parte B de Medicare, o si decide cancelar su póliza, su Parte B de Medicare terminará.

25 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador

Si usted es elegible para Medicare solamente debido a fallo permanente de los riñones, su cobertura de Medicare normalmente no comenzará hasta el cuarto mes de diálisis (ver página 21). **Medicare no pagará nada durante sus primeros 3 meses de diálisis a menos de que usted ya tenga a Medicare debido a su edad o incapacitación.** Por lo tanto, su plan de salud de grupo de empleador es el único pagador durante los primeros 3 meses de diálisis.*

*Si su plan de empleador no paga todos los costos de diálisis, es posible que usted tenga que pagar parte de los costos. Quizá pueda obtener ayuda para pagar estos costos (ver páginas 68 - 73).

Si usted puede obtener Medicare debido a fallo de los riñones (normalmente en el cuarto mes de diálisis), hay un período de tiempo durante el cual su plan de salud de grupo de empleador será el primero en pagar sus cuentas por servicios de salud y Medicare será el segundo pagador. A este período de tiempo se le llama el período de coordinación de 30 meses. Esto significa que si su plan de empleador no paga el 100% de sus cuentas por servicios de salud durante el período de coordinación de 30 meses, es posible que Medicare pague los costos restantes. A Medicare se le llama el pagador secundario durante este período de coordinación.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

26 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador (continuación)

Cuándo comienza el período de coordinación de 30 meses

El período de coordinación de 30 meses comienza el primer mes en el cual usted puede conseguir a Medicare debido a fallo de los riñones (normalmente en el cuarto mes de diálisis), aún si usted todavía no está inscrito en Medicare. Por ejemplo, si usted comienza con su diálisis en junio, el período de coordinación de 30 meses comenzará el 1 de septiembre, el cuarto mes de diálisis.

Si usted toma un curso de entrenamiento en auto diálisis o recibe un trasplante de riñón dentro del período de espera de 3 meses, el período de coordinación de 30 meses comenzará en el primer mes de diálisis o del trasplante. Durante este período, Medicare será el pagador secundario.

Importante: Si usted tiene cobertura de un plan de salud de grupo de empleador durante el período de coordinación de 30 meses, dígame a la persona que le brinda sus servicios médicos que usted tiene un plan de salud de grupo de empleador. Esto es muy importante para asegurarse que sus servicios sean facturados correctamente.

27 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador (continuación)

¿Qué pasa cuando termina el período de coordinación de 30 meses?

Al final del período de coordinación de 30 meses, Medicare será el primero en pagar por todos los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que su plan de salud de grupo de empleador pague por servicios no cubiertos por Medicare. Verifíquelo con el administrador de beneficios de su plan.

Cómo funciona el período de coordinación de 30 meses si usted se inscribe en Medicare más de una vez

Cada vez que usted se inscribe en Medicare debido a fallo de los riñones hay un período de coordinación separado de 30 meses. Por ejemplo, si usted recibe un trasplante de riñón que sigue funcionando por 36 meses, su cobertura de Medicare terminará. Si después de los 36 meses usted se inscribe de nuevo en Medicare, ya que vuelve a conseguir diálisis o recibe otro trasplante, su cobertura de estar en Medicare comenzará de inmediato. No habrá ningún período de espera de 3 meses antes de que Medicare comience a pagar. Sí habrá un nuevo período de coordinación de 30 meses si usted tiene cobertura de un plan de salud de grupo de empleador.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

28 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador (continuación)

¿Tengo que conseguir Medicare debido a fallo de mis riñones, si es que ya tengo cobertura de un plan de salud de grupo de empleador?

No, pero le conviene considerar esta decisión con cuidado. Si usted ya está en un plan de salud de grupo de empleado, tenga en cuenta:

1. Si la cobertura de su plan de salud de grupo tiene un deducible anual o un coseguro que usted debe pagar, el inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare le puede ayudar a pagar estos costos.
2. Si la cobertura de su plan de salud de grupo no tiene un deducible anual o un coseguro, y pagará todos sus gastos de salud, es posible que usted quiera demorar su inscripción en Medicare hasta que termine el período de coordinación de 30 meses. El demorar su inscripción significa que usted no estará pagando la prima de la Parte B. Después del período de coordinación de 30 meses, a usted le conviene inscribirse en Medicare.

Llame a su oficina local del Seguro Social para hacer una cita para inscribirse en Medicare basándose en su fallo renal (ESRD).

29 __ Sección 2: Lo Esencial sobre Medicare (continuación)

Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador (continuación)

Para obtener más información sobre cómo la cobertura de un plan de salud de grupo de empleador funciona con Medicare....

- Consiga una copia del manual de beneficios de su plan, o
- Llame a su administrador de beneficios y pregúntele cómo es que el plan paga cuando usted tiene a Medicare.

- **Fin de esta Página**

30 __ Sección 3: Diálisis Renal

¿Qué es diálisis?

Diálisis es un tratamiento que limpia su sangre cuando sus riñones no funcionan. Elimina los desechos dañinos, así como la sal y los líquidos adicionales que se acumulan en su cuerpo. También ayuda a controlar la presión sanguínea, y le ayuda a su cuerpo a mantener un nivel adecuado de líquidos. Los tratamientos de diálisis pueden ayudarlo a sentirse mejor y alargarle la vida, pero no curan el fallo permanente de riñones.

Dónde conseguir tratamientos de diálisis

El tratamiento de diálisis se puede hacer en su hogar o en un centro médico. Para lograr que Medicare pague por el tratamiento, el centro debe estar aprobado para brindar tratamiento de diálisis (aún si ya están brindando otros servicios de salud cubiertos por Medicare).

En el centro de diálisis, puede ser una enfermera o un técnico entrenado el que le brinda tratamiento. En su hogar, usted puede auto administrarse con la ayuda de un familiar, o alguna amistad. Si usted decide hacerse diálisis en su hogar, usted y su ayudante recibirán entrenamiento especial. (Ver páginas 32 - 33, “Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar”).

Importante: ¿Tiene usted un problema con la atención que está recibiendo de su centro de diálisis? De ser así, usted tiene el derecho de presentar una queja formal para resolver su problema. Ver las páginas 66 - 67 de la Sección 6, “Tramitando una queja formal” para más información.

31 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Cómo encontrar un centro de diálisis

En la mayoría de los casos, el centro para el cual trabaja su nefrólogo (médico de riñones) será el mismo en el cual usted recibe sus tratamientos de diálisis. Sin embargo, usted tiene el derecho, en cualquier momento, de elegir otro centro para recibir su tratamiento. Tenga en cuenta que esto puede significar un cambio de médicos.

Usted también puede llamar a su red local de ESRD (ver páginas 79 - 82) para hallar el centro más cercano a su domicilio.

“Comparación de Centros de Diálisis,” en el Internet

Información importante sobre centros de diálisis certificados por Medicare en su localidad. Visite www.medicare.gov en el Internet y active “Dialysis Facility Compare” (Compare los Centros de Diálisis - solamente disponible en inglés). Este sitio de la red incluirá información sobre dónde se encuentran los centros de diálisis en su estado, qué tan grande son, y cuánto tiempo llevan funcionando.

Si no tiene computadora propia, su biblioteca local o centro para ancianos tal vez pueda ayudarlo a esta información.

32 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar

Hay dos tipos de diálisis que pueden utilizarse en el hogar, **hemodiálisis** y **diálisis peritoneal**.

1. La **Hemodiálisis** utiliza un filtro especial (llamado el filtro dializador) para limpiar su sangre. El filtro se conecta a una máquina. Durante el tratamiento, su sangre pasa a través del filtro por medio de tubos para así limpiar los desechos y fluidos adicionales. La sangre recién limpia fluye por medio de otro conjunto de tubos de vuelta a su cuerpo. Este tratamiento también se utiliza para la diálisis en el hogar.
2. La **Diálisis Peritoneal** utiliza una solución para limpiar la sangre, llamada “dialysate” (dializado) que pasa por medio de un tubo especial a su abdomen. Después de unas cuantas horas, el dializado se drena de su abdomen, llevándose consigo los desechos de su sangre. Luego se llena su abdomen con dializado fresco, y el proceso de limpieza empieza de nuevo.

● **Fin de esta Página**

33 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar (continuación)

¿Cómo puedo averiguar cuál es el tipo de diálisis que necesito?

Es importante que trabaje con su médico y su equipo de salud para decidir que tipo de diálisis necesita. Su médico y usted pueden decidir que es lo mejor para su situación. La meta es mantenerlo saludable.

- **Fin de esta Página**

34 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Cómo averiguar que tan bien está funcionando su diálisis

La mayoría de los pacientes de diálisis reciben hemodiálisis. Usted puede averiguar que tan bien la diálisis está funcionando, controlando su número de URR o Kt/V. Los resultados de los exámenes de la sangre pueden decirle sus números URR y Kt/V. Estos números le informan a su médico o enfermera que tan bien la diálisis está quitando los desechos de su cuerpo. Su médico o su enfermera por lo general vigila a uno o ambos números, dependiendo del examen que utiliza su centro de diálisis. Verifique con su médico o enfermera para averiguar cuál es el examen que usan.

Medicare tiene información más detallada sobre cómo saber que tan bien está funcionando su hemodiálisis en un folleto titulado **“Dialysis Keeps People with Kidney Failure Alive. . .Are You Getting Adequate Hemodialysis “ (La diálisis mantiene vivos a las personas con fallo de los riñones. . .¿Está usted recibiendo hemodiálisis adecuadamente?)** Este folleto también le informa qué hacer si usted no está recibiendo la cantidad apropiada de diálisis. Llame al 1 800 633 - 4227 y pida una copia gratis de este folleto. Usted también puede leer o imprimir una copia de este folleto en www.medicare.gov en el Internet. Active “Publicaciones” (Publications).

35 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Servicios y suministros de diálisis cubiertos por Medicare

Medicare cubre los siguientes servicios de diálisis y paga **parte** de sus costos:

Parte A de Medicare

- **Tratamientos de diálisis para paciente interno** (si usted ingresa al hospital para recibir atención especial)

Parte B de Medicare

- **Tratamientos de diálisis para paciente ambulatorio** (si usted recibe tratamiento en cualquier centro de diálisis aprobado por Medicare);
- **Auto entrenamiento en diálisis** (incluye entrenamiento para usted y la persona que lo ayudará con su tratamiento de diálisis en el hogar);
- **Equipamiento y suministros para diálisis en el hogar** (como alcohol, paños, cortinas estériles, guantes, y tijeras);
- **Ciertos servicios de apoyo en el hogar** (puede incluir visitas por trabajadores capacitados de centros de diálisis o de un hospital para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias cuando sea necesario, y para revisar su equipo de diálisis y sus fuentes de agua);

36 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Servicios y suministros de diálisis cubiertos por Medicare (continuación)

- **Ciertas medicinas para diálisis en el hogar (ver página 37);**
- **Servicios médicos ambulatorios; y**
- **La mayoría de los otros servicios y suministros que forman parte de la diálisis, por ejemplo exámenes de laboratorio**

Para averiguar qué es lo que **usted** debe pagar por estos servicios, ver las páginas 39 - 50.

- **Fin de esta Página**

37 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Servicios y suministros de diálisis cubiertos por Medicare (continuación)

Medicinas para diálisis en el hogar cubiertas por Medicare

Las medicinas más comunes que cubre la Parte B de Medicare para diálisis en el hogar son:

- heparina (heparin),
- el antídoto para heparina, cuando sea médicamente necesario,
- anestésicos locales, y
- Epogen[®] o Eritropoyetina alfa (Epoetin alfa).

Importante: Hable con su médico o cualquier miembro de su equipo de salud sobre el uso de estas u otras medicinas.

- **Fin de esta Página**

38 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Servicios y suministros de diálisis que NO están cubiertos por Medicare

Medicare **no pagará** por:

- Ayudantes de diálisis pagados con diálisis en el hogar
- Cualquier pago perdido de usted o de la persona que lo está ayudando durante su entrenamiento en auto diálisis
- Un lugar para quedarse durante su tratamiento
- Sangre o glóbulos rojos empacados para auto diálisis en el hogar, a menos de que formen parte de los servicios del médico, o se necesiten para operar el sistema de diálisis
- Transporte al centro de diálisis (ver página 53 para la cobertura de casos especiales)
- **Fin de esta Página**

39 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis

Los costos que aparecen en la lista de esta sección son para servicios de diálisis en el Plan Original de Medicare. Si usted está en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, sus costos pueden ser diferentes. Lea las publicaciones de su plan o llame a su administrador de beneficios para conseguir más información sobre sus costos.

Diálisis en un centro de diálisis

En el Plan Original de Medicare, si usted recibe diálisis en un centro aprobado por Medicare, la Parte B de Medicare le paga al centro por servicios relacionados con la diálisis según una tarifa por cada tratamiento (a esto se le llama la tarifa compuesta). Esta tarifa pueda ser distinta de un centro de diálisis a otro, según el tipo de centro y su ubicación. Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta. Usted paga el coseguro del 20% restante que no paga Medicare. Ver el Ejemplo a continuación.

Ejemplo: Digamos que la tarifa compuesta es de \$130 por tratamiento. Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B:

- La Parte B de Medicare le paga al centro el 80% de \$130 (o sea, \$104).
- Usted paga el coseguro del 20% restante que no paga Medicare (o sea, \$26).

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

40 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en un centro de diálisis (continuación)

Pueden haber otros servicios que no estén incluidos en la tarifa compuesta. Su centro de diálisis puede proporcionarle una lista de exámenes y otros servicios que están incluidos en esta tarifa. Por los servicios que no están incluidos en la tarifa compuesta, Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare. Usted debe pagar el coseguro del 20%.

Diálisis en un hospital

Si a usted lo ingresan a un hospital y recibe diálisis, sus tratamientos estarán cubiertos por la Parte A de Medicare como parte de los costos de su estadía de internación en el hospital. Ver el cuadro de cobertura de la Parte A de Medicare en las páginas 87 - 91.

Servicios de los médicos

Servicios médicos para pacientes ambulatorios:

En el Plan Original de Medicare, Medicare le paga a sus nefrólogos (médico de riñón) una vez al mes. Se paga esta misma cantidad mensual por cada paciente que recibe atención del médico, sin importar que la diálisis se haga en el hogar o en un centro de diálisis. Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare paga el 80% de la cantidad mensual. Usted paga el coseguro del 20% restante. Ver ejemplo a continuación.

41 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Servicios de los médicos (continuación)

Ejemplo: Digamos que la cantidad mensual que Medicare le paga a su médico por cada paciente es de \$100. Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B:

- Medicare paga el 80% de los \$100 (o sea, \$80).
- Usted paga el coseguro del 20% restante (o sea, \$20).

Servicios médicos para pacientes internos:

En el Plan Original de Medicare, su nefrólogo (médico de riñón) puede escoger que le paguen por su cuidado de internación en el hospital de una de estas dos maneras:

1. Seguir recibiendo el pago mensual (el mismo pago que por los servicios ambulatorios del médico). En este caso, usted pagará el 20% de la cantidad mensual de los servicios de su médico. A usted no se le facturará por ningún costo adicional.
2. Facturar por separado por los servicios de paciente interno que están cubiertos por la Parte A de Medicare. En tal caso, el pago mensual por los servicios del nefrólogo (médico de riñón) puede ser menor, basándose en el número de días que usted permanezca en el hospital. Ver el cuadro de cobertura de la Parte A de Medicare en las páginas 87 - 91.

42 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Entrenamiento en auto diálisis

El entrenamiento en auto diálisis está cubierto por la Parte B de Medicare como un servicio de paciente ambulatorio. El entrenamiento en auto diálisis cuesta más que los tratamientos de diálisis. Los costos pueden ser diferentes de un centro de diálisis a otro, según el tipo de centro, y donde está ubicado. En el Plan Original de Medicare, después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare pagará el 80% de los costos de entrenamiento. Usted debe pagar el coseguro del 20% restante.

Ejemplo: Digamos que el costo por sesión de entrenamiento es de \$150. Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B:

- La Parte B de Medicare paga el 80% de los \$150 (o sea, \$120 por sesión).
- Usted debe pagar el coseguro del 20% restante (o sea, \$30 por sesión).

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

43 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en el hogar

Usted tiene dos opciones de pago para la diálisis en el hogar:

1. **Comunicarse con su centro de diálisis (Método 1):**
Con el Método 1, usted debe recibir de su centro de diálisis todos los servicios, equipamiento, y suministros que se necesiten para diálisis en el hogar.

En el Plan Original de Medicare, la cantidad que Medicare le paga al centro de diálisis por estos artículos y servicios depende de la tarifa compuesta, una tarifa que se establece por adelantado. Después de que usted haya pagado el deducible anual de la Parte B de \$100, Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta. Usted debe pagar el coseguro del 20%.

- **Fin de esta Página**

44 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en el hogar (continuación)

2. Comunicarse directamente con un proveedor (Método 2):

Con el Método 2, usted debe conseguir su equipamiento y suministros de diálisis de un solo proveedor. Su proveedor debe aceptar la asignación*. Esto significa que si usted está en el Plan Original de Medicare, su proveedor se pone de acuerdo en aceptar el honorario de Medicare como pago cabal y completo. Su proveedor también debe tener una acuerdo por escrito con un centro de diálisis para asegurar que usted recibirá todos los servicios de apoyo para diálisis en el hogar que sean necesarios. En el Plan Original de Medicare, después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B, Medicare pagará el 80% de los costos aprobados por Medicare para los artículos y servicios. Usted debe pagar el coseguro del 20%.

- * Para conseguir más información sobre cómo funciona la asignación, llame al 1 800 633 - 4227 para recibir una copia gratis de “¿Su médico o proveedor acepta la asignación?” (Does your doctor or supplier accept assignment?) Usted también puede leer o imprimir una copia de este manual en www.medicare.gov en el Internet.

45 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en el hogar (continuación)

Sea con el Método 1 o el Método 2, usted debe conseguir sus servicios de apoyo de su centro de diálisis para que Medicare pueda pagar. Medicare le pagará directamente al centro por estos servicios.

Los cuadros de las páginas 46 - 47 contiene información específica sobre lo que usted debe pagar por equipamiento, suministros, y servicios de apoyo para diálisis en el hogar bajo el Plan Original de Medicare utilizando las opciones de pago del Método 1 y el Método 2.

- **Fin de esta Página**

46 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Cuadro de pagos del Método 1 para equipamiento, suministros, y servicios de apoyo en el Plan Original de Medicare

Comunicándose con su centro de diálisis (Método 1)

Equipamiento para diálisis en el hogar

- Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*

Suministros para diálisis en el hogar

- Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*

Servicios de apoyo para diálisis en el hogar

- Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*

*Cada año, usted paga un total de un solo deducible de \$100 de la Parte B.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

47 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Cuadro de pagos del Método 2 para equipamiento, suministros, y servicios de apoyo en el Plan Original de Medicare (continuación)

Comunicándose directamente con un proveedor (Método 2)

Equipamiento para diálisis en el hogar

Si usted compra o alquila equipamiento de diálisis en el hogar, la Parte B de Medicare lo cubrirá. Usted debe pagar el deducible anual de \$100 de la Parte B. Por lo general la Parte B de Medicare hace pagos mensuales.

Si usted compra el equipamiento, Medicare pagará el 80% del pago mensual del precio de compra. El pago mensual de la Parte B incluye todos los intereses o cargos financieros.

Si usted alquila el equipamiento, Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada del alquiler mensual. Usted paga el coseguro del 20%.

Suministros para diálisis en el hogar

Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare pagará el 80% de los cargos aprobados para todo suministro cubierto. Usted paga el coseguro del 20%.

Servicios de apoyo para diálisis en el hogar

Después de que usted haya pagado el deducible anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare le paga al centro el 80% de los cargos aprobados para todo servicio cubierto. Usted paga el coseguro del 20%.

48 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Cómo decidir qué opción de pago debe escoger para diálisis en el hogar

Vea los cuadros de pagos siguiendo el Método 1 y el Método 2 en las páginas 46 - 47. Este puede ayudarlo a decidir que opción de pago es la mejor para usted si todavía está en el Plan Original de Medicare. Si usted tiene problemas para decidir, pídale a su trabajador social que lo ayude.

Después de haber terminado con su entrenamiento en auto diálisis, y una vez que esté listo para tomar una decisión, usted debe:

1. Completar un Formulario de Selección de Beneficiario HCFA - 382
2. Firmar el Formulario HCFA - 382
3. Devolverle el Formulario HCFA - 382 a su centro de diálisis

● **Fin de esta Página**

49 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Cómo decidir qué opción de pago debe escoger para diálisis en el hogar (continuación)

Usted puede conseguir copia del Formulario HCFA - 382 de su centro de diálisis. Una vez que haya tomado la decisión y entregado el formulario, usted debe quedarse con esa opción de pago hasta el 31 de diciembre de ese año. Por ejemplo, si usted decide escoger la opción de pago del Método 2 en agosto del 2001, debe quedarse con esa opción hasta el 31 de diciembre del 2001.

Usted puede cambiar de un método de pago a otro en cualquier momento: sencillamente complete un formulario HCFA - 382 nuevo. Pero el cambio no será efectivo hasta el 1 de enero siguiente. Por ejemplo, si completa su formulario HCFA - 382 para cambiar al Método 1 y se lo devuelve a su centro de diálisis en octubre del 2001, este cambio no será efectivo hasta el 1 de enero del 2002.

Importante: No importa el método que escoja, usted siempre puede cambiarlo para conseguir su tratamiento en un centro de diálisis, o para escoger otro centro.

50 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por equipamiento para diálisis en el hogar?

La Parte B de Medicare pagará por equipamiento para diálisis en el hogar durante todo el tiempo que usted lo necesite. Si usted ya no necesita diálisis en el hogar, la Parte B dejará de pagar. Por ejemplo, si usted tuvo un trasplante de riñón y ya no necesita diálisis, entonces la Parte B dejaría de pagar por su equipamiento.

Si usted compra su equipamiento de diálisis, los pagos de la Parte B terminarán una vez que se llegue al precio de compra aprobado por Medicare. Por ejemplo, si Medicare está de acuerdo en pagar \$200 por su equipamiento de diálisis, los pagos de la Parte B se terminarán una vez que Medicare haya pagado \$200.

- **Fin de esta Página**

51 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Diálisis cuando usted está de viaje

Antes de viajar, usted debe hacer un plan para sus tratamientos de diálisis mientras está viajando. Su centro de diálisis puede ayudarlo a preparar estos planes. Antes de hacerlo, piense en lo siguiente:

- ¿El centro de diálisis está aprobado por Medicare para ofrecer diálisis?
- ¿El centro tienen el espacio y el tiempo para brindarme cuidado cuando lo necesite?
- ¿El centro tiene suficiente información sobre mi historia médica para darme tratamiento apropiado?
- ¿Dónde está ubicado el centro?

Hay más de 3,500 centros en todo el país. Su centro o la Red ESRD (ver páginas 79 - 82) puede ayudarlo a conseguir los nombres y las direcciones de los centros.

Nota: Usted también puede conseguir información sobre centros de diálisis certificados por Medicare. Visite www.medicare.gov en el Internet. Haga clic en “Dialysis Facility Compare”.

52 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Diálisis cuando usted está de viaje (continuación)

Por lo general Medicare solamente pagará por atención médica o de hospital que usted recibe dentro de los Estados Unidos.

“Yo tengo que viajar entre ciudades a todas partes de California como parte de mi trabajo. Los viajes en los cuales debo pasar la noche no son ningún problema, siempre y cuando haga planes con anticipación para mi diálisis en las ciudades que estoy visitando.”

-Miguel

Paciente de hemodiálisis

Precaución: ¿Recibe usted sus servicios de diálisis de un proveedor de Método 2 (ver página 44) o de un plan de salud administrado Medicare?

De ser así, es posible que su proveedor o su plan de salud administrado Medicare pueda ayudarlo a conseguir la diálisis que usted necesita mientras está de viaje. **Es posible que usted tenga que pagar todos los costos de sus tratamientos de diálisis.** Contacte a su proveedor o su plan de salud para más información.

53 __ Sección 3: Diálisis Renal (continuación)

Transporte al centro de diálisis

¿Medicare paga por el transporte a los centros de diálisis?

En la mayoría de los casos, no paga. Medicare cubrirá servicios de ambulancia de ida y vuelta de su casa hasta el centro de diálisis **sólo** si las otras alternativas de transporte pondrían en peligro a su salud.

El proveedor de servicios de ambulancia debe recibir una orden por escrito de su médico principal antes de que usted reciba el servicio de ambulancia. La orden por escrito del médico debe estar fechada dentro de los 60 días antes de que usted reciba el servicio de ambulancia.

Para conseguir más información sobre cobertura de ambulancia, llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213.

- **Fin de esta Página**

54 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón

¿Qué es un trasplante de riñón?

Un trasplante de riñón es un tipo de cirugía que se hace para colocar en su cuerpo un riñón sano que se consiguió de otra persona. El nuevo riñón hace la labor que sus riñones propios no pueden hacer. Es posible que usted consiga un riñón de una persona recién fallecida, o de una persona que aún vive, por ejemplo un familiar. La sangre y los tejidos de la persona que le da su riñón (donante) deben examinarse para ver si concuerdan con los suyos, y para asegurarse de que su cuerpo no rechace al riñón nuevo.

Dónde obtener un trasplante de riñón

Su trasplante de riñón debe hacerse en un hospital que esté aprobado por Medicare para hacer este tipo de trasplante.

Importante: ¿Tiene usted algún problema con el cuidado que está recibiendo para su trasplante? De ser así, usted tiene el derecho de presentar una queja formal para resolver su problema. Vea las páginas 66 - 67, “presentando una queja formal” para más información.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

55 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare

Medicare cubre los siguientes servicios de trasplante, y paga **una parte** de sus costos:

Parte A de Medicare

- **Servicios para paciente interno en un hospital aprobado** (ver los cuadros de cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare en las páginas 87 - 104)
- **Honorario de registro de riñón**
- **Exámenes de laboratorio y otros para evaluar su estado médico***
- **Exámenes de laboratorio y otros para evaluar el estado médico de posibles donantes de riñón***
- **Los costos para hallar el riñón apropiado para su cirugía de trasplante** (si es que no hay un donante)
- **El costo completo del cuidado para su donante de riñón** (incluyendo todo costo razonable preparatorio, la cirugía, y recuperación post operatoria)
- **Cualquier cuidado adicional de internación en el hospital para su donante en caso de problemas debido a la cirugía**

* Estos servicios están cubiertos, sea que se hagan en un hospital aprobado por Medicare donde usted conseguirá su trasplante, o por otro hospital que participe en Medicare.

56 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare (continuación)

Parte B de Medicare

- **Servicios de los médicos para cirugía de riñón** (incluyendo atención antes de la cirugía, la cirugía misma, y su cuidado después de la cirugía)
- **Servicios del médico para el donante de su riñón después de su estadía en el hospital**
- **Medicinas inmunosupresivas** (para información sobre cobertura, ver la página 57)
- **Sangre** (unidades integrales o empacadas de glóbulos rojos, componentes sanguíneos, y el costo de procesamiento y para administrarle la sangre, ver las páginas 62 - 63)

- **Fin de esta página**

57 — Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare

Para averiguar lo que usted paga por los servicios en el cuadro de las páginas 55 - 56, ver las páginas 60 - 61.

Nota: Medicare no paga por los riñones para el trasplante. El vender o comprar órganos humanos es contra la ley.

Medicinas para trasplantes (también llamadas medicinas inmunosupresivas)

¿Qué son las medicinas inmunosupresivas?

Las medicinas inmunosupresivas son medicinas para trasplantes que se utilizan para reducir el riesgo de que su cuerpo rechace el riñón nuevo después de un trasplante. Usted tendrá que tomar estas medicinas por el resto de su vida.

¿Qué pasa si dejo de tomar mis medicinas para trasplantes?

Si usted deja de tomarlas, es posible que su cuerpo rechace el riñón nuevo y que ese riñón deje de funcionar. Si eso pasa, usted tendrá que comenzar nuevamente con diálisis.

58 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por medicinas para trasplantes?

Si usted tiene Medicare solamente debido a fallo de los riñones, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes del trasplante.

Si usted ya tiene Medicare sólo por fallo permanente de los riñones, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que recibió el trasplante.

Si usted ya tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal de Etapa Final, o si usted fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare continuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo.

Nota: Si usted tiene Medicare solamente debido a fallo de los riñones, esto no se aplica en su caso. Su cobertura de Medicare y de medicinas terminará cuando se acabe su período de 36 meses.

59 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

¿Qué pasa si no puedo pagar por las medicinas para trasplantes?

Las medicinas para trasplante pueden ser muy costosas. Si usted tiene Medicare sólo por insuficiencia renal, sus medicinas inmunosupresivas solamente estarán cubiertas por 36 después del mes en que recibió el trasplante.

- **Fin de esta página**

60 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

Información especial sobre trasplantes de páncreas

Si usted tiene ESRD y necesita un trasplante de páncreas, Medicare cubre el trasplante de páncreas:

- Cuando se hace al mismo tiempo que usted recibe un trasplante de riñón; o
- Después de un trasplante de riñón.

Si usted tiene Medicare sólo por fallo permanente de los riñones, y recibe un trasplante de páncreas después del trasplante de riñón, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que se realizó el trasplante de páncreas.

Si usted tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal de Etapa Final, o si fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare continuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo.

Lo que USTED paga por servicios de trasplante de riñón

Las cantidades que aparecen en esta sección son para servicios de trasplante en el Plan Original de Medicare. Si usted está en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, sus costos pueden ser diferentes. Lea los materiales de su plan, o llame a su administrador de beneficios para conseguir información sobre sus costos.

61 __ Sección 4: Trasplantes de Riñón (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de trasplante de riñón (continuación)

¿Tengo que pagar por el donante de mi riñón?

No. Medicare pagará por el costo completo del cuidado de su donante de riñón. No hay ningún deducible, ni coseguro, ni cualquier otro costo que usted debe pagar por la estadía en el hospital de su donante.

Servicios del médico

En el Plan Original de Medicare, usted debe pagar el deducible anual de \$100 de la Parte B. Después de que usted haya pagado el deducible, la Parte B de Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare. Usted debe pagar el coseguro del 20% restante.

Importante: Hay un límite sobre la cantidad que su médico le puede cobrar, aún si él no acepta la asignación. Si su médico no acepta la asignación, usted tiene que pagar solamente la parte de la cuenta que sobrepasa la cantidad aprobada por Medicare, y hasta el límite que Medicare le permite cobrar al médico. Llame al 1 800 633 - 4227 para conseguir una copia gratis de “**¿Su médico o proveedor acepta la asignación?**” (Does your doctor or supplier accept assignment?) Este manual le dará información detallada sobre cómo funciona la asignación.

Nota: Ver los cuadros en las páginas 87 - 91 para obtener detalles sobre lo que usted paga bajo la Parte A de Medicare.

62 __ Sección 5: Cómo Medicare Paga por Sangre

En la mayoría de los casos, la Parte A y B de Medicare pueden ayudar a pagar por:

- unidades integrales de sangre o glóbulos rojos empacados
- componentes sanguíneos, y
- el costo de procesamiento y para administrarle la sangre.

Importante: Medicare no paga por sangre para auto diálisis en el hogar, a menos de que forme parte de un servicio del médico o si se necesita para operar el sistema de diálisis.

Lo que USTED paga por sangre

Bajo la Parte A de Medicare, usted paga por:

Las primeras tres unidades de sangre íntegra o unidades de glóbulos rojos empacados que usted recibe durante un período de beneficios mientras está en el hospital o centro de enfermería especializada. Usted puede escoger entre pagar los costos de hospital de sangre o los glóbulos rojos empacados, o puede reponer la sangre (ver “Cómo reponer sangre”, en la página 64).

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

63 __ Sección 5: Cómo Medicare Paga por Sangre (continuación)

Lo que USTED paga por sangre (continuación)

Nota: Si usted pagó o si repuso ciertas unidades de sangre bajo la Parte B de Medicare durante el año calendario (1 de enero hasta el 31 de diciembre) no tiene que hacerlo nuevamente para la Parte A de Medicare.

Bajo la Parte B de Medicare usted paga por:

Las primeras tres unidades de sangre íntegra o unidades de glóbulos rojos empacados que usted recibe durante un año calendario. Usted puede escoger entre pagar los costos de hospital de la sangre o los glóbulos rojos empacados, o puede reponer la sangre (ver “Como reponer sangre,” a continuación).

En el Plan Original de Medicare, la Parte B de Medicare paga el 80% de las cantidades aprobadas por pintas adicionales de sangre durante un año calendario. Usted paga el coseguro del 20% restante.

Nota: Si usted pagó o si repuso ciertas unidades de sangre bajo la Parte A de Medicare durante el año calendario (1 de enero hasta el 31 de diciembre) no tiene que hacerlo nuevamente para la Parte B de Medicare.

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

64 — Sección 5: Cómo Medicare Paga por Sangre (continuación)

Cómo reponer sangre

Usted mismo puede reponer la sangre, donando sangre, o consiguiendo que otra persona o una organización la reponga por usted. La sangre que se repone no tiene que ser del mismo tipo de sangre que la suya. Si usted decide que quiere reponerla, verifíquelo con su médico primero, antes de donar su sangre.

¿Me pueden cobrar por sangre que repuse?

No. Un hospital o centro de enfermería especializada no puede cobrarle por ninguna de las primeras tres pintas de sangre que usted ya repuso o que repondrá. Por otra parte, si su proveedor recibe sangre o glóbulos rojos donados, se considerará que se repuso esa sangre o glóbulos rojos.

- **Fin de esta Página**

65 — Sección 6: Apelaciones y Quejas Formales

Apelaciones

Qué hacer si Medicare no paga por un servicio que usted recibió

Si Medicare no paga por un artículo o servicio que usted recibió, o si no le dan un servicio o artículo que usted cree que debería recibir, usted puede presentar una apelación (o sea, gestionar su interrogante al respecto). Esto se aplica, sea que usted esté en el Plan Original de Medicare, en un plan de salud administrado Medicare, o en un plan Privado de Pago-por-Servicio.

Derechos de apelación en el Plan Original de Medicare

Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede presentar una apelación si cree que Medicare debería haber pagado por, o no pagó lo suficiente por un artículo o servicio que usted recibió. Si usted presenta una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información relacionada a la cuenta que puede apoyar su caso. Sus derechos de apelación aparecen en el dorso de la Explicación de Beneficios de Medicare o el Resumen de Medicare que a usted le envía la compañía que le maneja las cuentas a Medicare. Este aviso también le dirá el porqué Medicare no pagó su cuenta, y que es lo que usted debe hacer para apelar.

66 __ Sección 6: Apelaciones y Quejas Formales (continuación)

Apelaciones (continuación)

Derechos de apelación en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio

Si usted está en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, puede presentar una apelación si su plan no paga por, no permite, o suspende un servicio que usted cree debería estar cubierto o ser brindado. Consulte los materiales de afiliación de su plan, o contacte a su plan para conseguir los detalles sobre sus derechos de apelación de Medicare. Usted también puede llamar al 1 800 633 - 4227 para pedir más información sobre sus derechos durante un proceso de apelación.

Presentando una queja formal

¿Qué debe hacer si tiene problemas con los servicios que recibe?

- Primero hable con su médico, enfermera, o el administrador del centro para ver si ellos pueden ayudarlo a resolver su problema. La mayoría de los problemas se pueden arreglar en el centro mismo.
- Si después de hablar con su equipo de servicios de salud no se resuelve el problema, usted puede presentar una queja formal (una queja por escrito) con su centro.

67 __ Sección 6: Apelaciones y Quejas Formales (continuación)

Presentando una queja formal (continuación)

¿Qué debe hacer si tiene problemas con los servicios que recibe? (continuación)

Todo centro tiene una política sobre quejas para aceptar y tratar de resolver sus problemas o inquietudes. Si usted no conoce la política de quejas de su centro, puede pedir una copia de la misma.

Si usted presenta una queja formal con su centro, y todavía siente que el problema no se ha resuelto, tiene el derecho a presentar una queja formal con la Red ESRD en su localidad. Llame a la Red ESRD para averiguar que es lo que usted debe hacer para presentar una queja formal (ver páginas 78 - 82).

También puede llamar a su Agencia de Revisión del Estado (State Survey Agency) para quejarse sobre su cuidado de salud. **Sus llamadas y su identidad se mantendrán en confidencialidad.** Llame al 1 800 633 - 4227 y pida el número para su Agencia de Revisión del Estado, o busque en www.medicare.gov en el Internet y pulse “Helpful Contacts” (Contactos Útiles).

Recuerde que los términos subrayados se definen en las páginas 8 - 12.

68 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud

Otros tipos de seguros de salud

Hay varios otros tipos de cobertura de seguros de salud que tal vez puedan ayudarlo a pagar por los servicios que usted necesita para el tratamiento de fallo de los riñones. Estos incluyen:

1. Cobertura de empleado o de retirado, por medio de un empleador o un sindicato (ver a continuación)
2. Una póliza de seguro Medigap (ver páginas 69 - 70)
3. Medicaid (ver página 71)
4. Beneficios de la Administración de Veteranos (ver página 72)

1. Cobertura de empleado o retirado por medio de empleador o sindicato

Este tipo de cobertura de salud de grupo es para empleados actuales o retirados. Generalmente los planes de empleador tienen tarifas que son mejores que de los que usted puede conseguir si compra una póliza por cuenta propia, y los empleadores también pagan parte del costo. Llame a su administrador de beneficios para averiguar si usted tiene o puede recibir cobertura de salud en base a su empleo actual o pasado, o el de su cónyuge, o el empleo actual de sus padres familiares.

En la mayoría de los casos, los planes de salud de grupo de empleador deben pagar antes de que pague Medicare (ver página 25).

69 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud (continuación)

Otros tipos de seguros de salud (continuación)

2. Una póliza de seguro Medigap

Una póliza de seguros “Medigap” llena las “faltas” (“gaps” en inglés) en la cobertura del Plan Original de Medicare. Los seguros Medigap deben cumplir la ley federal y estatal. Estas leyes están para protegerlo a usted. Toda póliza Medigap está claramente marcada “Medicare Supplemental Insurance” (Seguro Suplementario de Medicare).

Algunas empresas de seguros le venderán pólizas Medigap a personas con Medicare menores de los 65 años. Sin embargo, es posible que estas pólizas le cuesten más. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para conseguir información sobre cómo comprar una póliza Medigap si usted está incapacitado o tiene ESRD (ver páginas 78 - 86).

- **Fin de esta Página**

70 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud (continuación)

Otros tipos de seguros de salud (continuación)

Para conseguir información más detallada sobre pólizas Medigap:

Llame a 1 800 633 - 4227 y pida su copia gratis de la **“Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare” (Guide to Health Insurance for People with Medicare)**.

Visite a www.medicare.gov en el Internet para obtener información sobre las pólizas de Medigap en su estado. Active **“Medigap Compare” (Compare Medigap)**. Este sitio de Internet tiene información sobre:

- Cuales pólizas Medigap se venden en su estado.
- Como elegir por una póliza Medigap.
- Que es lo que deben cubrir estas pólizas.
- Como es que las empresas de seguros deciden que cobrarle como su prima por una póliza Medigap.
- Sus derechos y protecciones de Medigap.

Si usted no tiene computadora propia, su biblioteca local o centro para ancianos tal vez pueda ayudarlo a ver esta información.

71 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud (continuación)

Otros tipos de seguros de salud (continuación)

3. Medicaid

Este es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos para ciertas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían entre estado y estado. Se cubren la mayoría de los gastos en salud si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Los estados también tienen programas que pagan una parte de las primas de Medicare, o su totalidad, y que también pueden pagar los deducibles y coseguros de Medicare para ciertas personas con Medicare que son de bajos ingresos. Para calificar para estos programas, usted debe:

- Tener la Parte A de Medicare (seguro de hospital). Si usted no está seguro de si tiene la Parte A, mire a su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare o llame a la Administración del Seguro Social al 1 800 772 - 1213.
- Tener un ingreso mensual menor a \$1,273 para una persona soltera o \$1,714 para una pareja en el 2001. Estos límites sobre los ingresos son un poco más altos en Hawaii y Alaska.
- Tener ahorros de \$4,000 o menos para un individuo o \$6,000 para una pareja. Los ahorros incluyen dinero en una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, o bonos.

72 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud (continuación)

Otros tipos de seguros de salud (continuación)

Para obtener más información sobre estos programas, llame al 1 800 633 - 4227, TTY/TDD: 1 877 486 - 2048 para personas con impedimentos auditivos o de lenguaje oral y pida información sobre **“Programas de Ahorros Medicare” (Medicare Savings Programs)**.

4. Beneficios de la Administración de Veteranos

Si usted es un veterano, el Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos puede ayudar a pagar sus tratamientos de ESRD. Para obtener más información, llame al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1 800 827 - 1000. Si usted o su cónyuge son retirados militares o piensan de retirarse, llame al Departamento de Defensa al 1 800 538 - 9552 para conseguir más información.

- **Fin de esta Página**

73 __ Sección 7: Otros Tipos de Seguros de Salud (continuación)

Otros tipos de seguros de salud (continuación)

Otras formas de obtener ayuda

- En la mayoría de los estados hay agencias que ayudan con algunos de los gastos de salud que no son pagados por Medicare.
- Algunos estados tienen Comisiones sobre los Riñones que también le ayudan a las personas a pagar los costos que no paga Medicare.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si usted tiene preguntas sobre seguros de salud (ver páginas 83 - 86).

Hable con su equipo de servicios de salud para averiguar más sobre diálisis renal y trasplantes, y sobre su situación en particular. Sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos dietéticos, y técnicos de diálisis son los que integran su equipo de salud.

- **Fin de esta Página**

74 __ Sección 8: Dónde Obtener Más Información

Organizaciones especiales sobre los riñones

Existen organizaciones especiales que pueden brindarle más información sobre diálisis renal y trasplante de riñón. Algunas de estas organizaciones tienen miembros que se hacen diálisis o que se han hecho un trasplante de riñón y que pueden brindarle apoyo.

American Association of Kidney Patients

(Asociación Americana de Pacientes de Riñón)

100 S. Ashley Dr. Suite 280

Tampa, Florida, 33602

1 800 749 - 2257

www.aakp.org (en el Internet)

American Kidney Fund

(Fondo Americano de los Riñones)

6110 Executive Blvd., Suite 1010

Rockville, MD, 20852 - 3903

1 800 638 - 8299

www.akfinc.org (en el Internet)

National Kidney Foundation, Inc.

(Fundación Nacional de los Riñones, Inc.)

30 E. 33rd Street, 11th Floor

New York, NY 10016

1 800 622 - 9010

www.kidney.org (en el Internet)

75 __ Sección 8: Dónde Obtener Más Información (continuación)

Organizaciones especiales sobre los riñones (continuación)

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse

(Centro Informativo Nacional de las Enfermedades Renales y Urológicas)

3 Information Way

Bethesda, Maryland 20892

1 301 654 - 4415

www.niddk.nih.gov (en el Internet)

Redes de Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD)

Usted puede llamar a la Organización de la Red ESRD de su localidad (ver páginas 78 - 82) para obtener información sobre:

- Diálisis o trasplantes de riñón.
- Cómo conseguir ayuda de otras agencias relacionadas con los riñones
- Problemas con su centro que no se han resuelto después de haber hablado con el personal del centro.
- Ubicación de centros de diálisis y centros de trasplantes.

Su Red ESRD se asegura de que usted reciba cuidado de la calidad más alta posible, y le informa a su centro por correo sobre asuntos importantes relacionados con diálisis renal y trasplantes.

76 __ Sección 8: Dónde Obtener Más Información (continuación)

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés de **State Health Insurance Assistance Program**) (ver páginas 83 - 86) si usted tiene preguntas sobre:

- Pólizas Medigap.
- Opciones de planes de salud de Medicare.
- Ayuda para presentar una apelación.
- Otras preguntas generales sobre seguros de salud.

Agencia de Revisión del Estado (State Survey Agency)

La Agencia de Revisión del Estado hace inspecciones de los centros de diálisis y se asegura de que las normas de Medicare se están cumpliendo. Su Agencia de Revisión del Estado también puede ayudarlo si usted tiene una queja sobre su cuidado de salud. Llame a 1 800 633 - 4227 y pida el número de su Agencia de Revisión estatal, o vea en www.medicare.gov en el Internet y haga clic en “Helpful Contacts” (Contactos Útiles). **Sus llamadas y su identidad se mantendrán en confidencialidad.**

77 __ Sección 8: Dónde Obtener Más Información (continuación)

Otros Manuales de Medicare para Pacientes Renales

Medicare tiene dos manuales:

1. **“Dialysis keeps people with kidney failure alive....Are You Getting Adequate Hemodialysis?” (La diálisis mantiene viva a la gente con fallo renal...¿Usted está recibiendo hemodiálisis adecuada?)**

Este manual le informa como averiguar que tan bien está funcionando su diálisis. También le dice qué hacer si usted no está recibiendo la cantidad correcta de diálisis.

2. **“Preparing for Emergencies, a Guide for People on Dialysis”. (Preparándose para emergencias, Una Guía para gente con diálisis).**

Esta guía le proporciona información importante sobre qué hacer en caso de una emergencia que lo deja sin luz ni agua. También lo orienta con respecto a toda la información que usted debe tener a mano, contiene listas de suministros que le conviene tener a mano para estar preparado frente a emergencias, y le da ideas valiosas sobre como arreglárselas hasta que regresen las condiciones de normalidad.

78 __ Sección 8: Dónde Obtener Más Información (continuación)

Otros Manuales de Medicare para Pacientes Renales (continuación)

Para pedir su copia gratis de estos manuales, llame al 1 800 633 - 4227, TTY/TDD: 1 877 486 - 2048 para personas con impedimentos auditivos o de lenguaje oral. Usted también puede verlos o imprimir copia de los manuales en www.medicare.gov en el Internet. Active “Publicaciones” (Publications).

Números telefónicos importantes

Los números telefónicos para las Redes ESRD y el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud aparecen en las páginas 79 - 86. A la hora de imprimir este manual, estos números telefónicos estaban correctos, pero los números telefónicos a veces pueden cambiar. Para conseguir los números más actualizados, llame al 1 800 633 - 4227, TTY/TDD: 1 877 486 - 2048 para personas con impedimentos auditivos o de lenguaje oral o busque en el Internet en www.medicare.gov y haga clic en “Helpful Contacts” (Contactos Útiles).

- **Fin de esta Página**

Páginas 79-87 de esta publicación están dejadas en blanco a propósito pero contienen números de teléfonos. Para obtener información más reciente sobre los contactos en esta sección, por favor visite la sección de [contactos útiles \(Helpful Contacts\)](#) en www.medicare.gov en la internet.

88 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte A (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte A de Medicare (continuación)

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por:

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés de Specialized Nursing Facility):* Habitación semiprivada, servicios de enfermería especializada y de rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos (después de una estadía de 3 días en el hospital). Para conseguir un folleto sobre cuidado de SNF, llame a 1 800 633 - 4227.

Lo que USTED paga en el 2001 en el Plan Original de Medicare**

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$99 por día para los días 21 - 100.
- Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios.

Si usted tiene preguntas sobre cuidado SNF y las condiciones de la cobertura, llame a su Intermediario Fiscal.

* Usted debe reunir ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

** Las nuevas cantidades para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte A de Medicare, llame a su Intermediario Fiscal. Llame al 1 800 633 - 4227 y pida el número telefónico de su Intermediario Fiscal.

89 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte A (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte A de Medicare (continuación)

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por:

Servicios de cuidado de la salud en el hogar:* Cuidado de tiempo parcial de enfermería especializada, terapia física, terapia vocal, servicios de un asistente para la salud en el hogar, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores) y suministros médicos, y otros servicios (ver páginas 73 - 75). Para conseguir un folleto sobre el cuidado de la salud en el hogar, llame a 1 800 633 - 4227.

Lo que USTED paga en el 2001** en el Plan Original de Medicare

USTED paga:

- Nada por los servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud en el hogar y las condiciones de la cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar.

* Usted debe reunir ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

** Las nuevas cantidades para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte A de Medicare, llame a su Intermediario Fiscal. Llame al 1 800 633 - 4227 y pida el número telefónico de su Intermediario Fiscal.

90 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte A (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte A de Medicare (continuación)

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por:

Cuidado de Hospicio:* Servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, cuidado de relevo, atención en un centro de hospicio, hospital, o asilo para ancianos cuando sea necesario, y otros servicios que de otra forma no cubre Medicare. También se cubre el cuidado en el hogar. Para conseguir un folleto gratis sobre el cuidado de hospicio, llame al 1 800 633 - 4227.

Lo que USTED paga en el 2001** en el Plan Original de Medicare

USTED paga:

- Un copago de hasta \$5 para medicinas recetadas para pacientes ambulatorios, y el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para cuidado de relevo para paciente interno (cuidado a corto plazo que se le da a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador permanente). La cantidad que usted paga por cuidado de relevo puede variar de año en año.

Si usted tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar.

* Usted debe reunir ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

** Las nuevas cantidades para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

91 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte A (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte A de Medicare (continuación)

La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) ayuda a pagar por:

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare

USTED paga:

- Por las primeras 3 pintas de sangre, a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer la que usted usa.

* Las nuevas cantidades para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte A de Medicare, llame a su Intermediario Fiscal. Llame al 1 800 633 - 4227 y pida el número telefónico de su Intermediario Fiscal.

- **Fin de esta Página**

92 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Servicios Médicos y Otros: Servicios del médico (con la excepción de exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos ambulatorios y quirúrgicos, exámenes diagnósticos, honorarios de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados, y equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores). También cubre segundas opiniones en materia de cirugía. Para conseguir un folleto sobre segundas opiniones quirúrgicas, llame al 1 800 633 - 4227.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- **Deducible** de \$100 (se paga solamente una vez por año calendario).
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible, excepto en el contexto ambulatorio.

* Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

93 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare (continuación)

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

También cubre terapia física y ocupacional externa, incluyendo terapia vocal, y servicios de salud mental.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- 20% de todo servicio ambulatorio de terapia física y vocal.

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Servicios de salud mental ambulatoria.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- 50% de cualquier servicio ambulatorio de salud mental.

* Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

94 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare (continuación)

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Servicios de Laboratorio Clínico: Exámenes de sangre, exámenes de orina, y más.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- Nada por servicios aprobados por Medicare.

* Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

- **Fin de esta Página**

95 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare (continuación)

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Servicios de Salud en el Hogar:* Cuidado especializado de tiempo-parcial, servicios de ayudante de salud en el hogar, equipo médico duradero suministrado por una agencia de salud del hogar cuando se está recibiendo servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare, y otros suministros médicos y servicios.

Lo que USTED paga en el 2001** en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- Nada por servicios aprobados por Medicare.
- 20% de la cantidad aprobada por Medicare para equipo médico duradero.

* Usted debe reunir ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios o equipo.

** Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

96 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare (continuación)

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Servicios ambulatorios de hospital: Servicios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.

Para conseguir un manual gratis sobre los pagos de servicios de hospital para pacientes ambulatorios, llame al 1 800 633 - 4227.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver “Nota” en la página 97)

USTED Paga:

- Una cantidad fija de coseguro o copago, que puede variar según el servicio.

* Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

- **Fin de esta Página**

97 __ Sección 9: Cobertura de Medicare Parte B (continuación)

Cuadro de Cobertura Parte B de Medicare (continuación)

La Parte B de Medicare (Seguro Médico) ayuda a pagar:

Sangre: Pintas de sangre que usted recibe como paciente ambulatorio, o como parte de un servicio cubierto por Parte B.

Lo que USTED paga en el 2001* en el Plan Original de Medicare (ver Nota al pie de la página)

USTED Paga:

- Por las primeras 3 pintas de sangre, y después por el 20% de la cantidad aprobada por pintas adicionales de sangre (después del deducible), a menos que usted o alguna otra persona done sangre para reponer lo que usted usa.

* Las cantidades nuevas para la Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1 de enero, 2002.

Nota: Las cantidades actuales que usted deberá pagar son mayores si el médico no acepta la asignación y es posible que usted tenga que pagar la cantidad completa.

Medicare entonces le enviará la parte que corresponde de esos costos su porción de los costos. Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte B de Medicare, llame a su Agencia de Seguros Medicare. Si usted tiene preguntas sobre equipo médico duradero, incluyendo suministros médicos para diabéticos, llame a su DMERC.

98 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Medición de la masa ósea: Varía según el estado de salud.

Quien está cubierto...

Ciertas personas con Medicare con riesgo de perder masa ósea.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad fija de copago) después del deducible anual Parte B.
- **Fin de esta Página**

99 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Examen de cáncer colorectal:

- Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal - Una vez cada 12 meses
- Sigmoidoscopia Flexible* - Una vez cada 48 meses
- Colonoscopia* - Una cada 24 meses si es una persona de alto riesgo de cáncer del colon. Si no es una persona de alto riesgo, una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de haber tenido una evaluación de sigmoidoscopia flexible.
- Enema de Bario - El médico puede usar ésta en vez de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia.

Quien está cubierto...

Toda persona con Medicare, de 50 años o más. Sin embargo, no hay límite de edad para la colonoscopia.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- Nada para los exámenes de sangre oculta en materia fecal. Para cualquier otro examen, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B. (*El 25% si se hace en un centro de cirugía ambulatoria o en el departamento ambulatorio de un hospital).

100 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Servicios de diabetes:

- Cobertura de monitores de glucosa, tiras para exámenes, lancetas.

Quien está cubierto...

Toda persona con Medicare que tiene diabetes (sea o no usuario de insulina).

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.
-

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Servicios de diabetes:

- Entrenamiento para la auto administración.

Quien está cubierto...

Si lo solicita su médico u otro proveedor y usted corre el riesgo de complicaciones de salud por su diabetes.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.

101 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

- **Examen de mamografía:**

Una cada 12 meses. (Usted también puede obtener una mamografía básica entre los 35 y 39 años). Medicare también cubre las nuevas tecnologías digitales para evaluación del seno.

Quien está cubierto...

Toda mujer con Medicare de 40 años o más.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- 20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible anual Parte B.

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

- **Examen de evaluación de Glaucoma:**

Una vez cada 12 meses a partir del 1 de enero del 2002. Debe ser realizado o supervisado por un médico de ojos que esté legalmente autorizado para ofrecer este servicio en su estado.

Quien está cubierto...

Las personas con riesgo alto de padecimiento de glaucoma, incluyendo a las personas con diabetes o con antecedentes de glaucoma en su familia.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- El 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del pago del deducible anual de la Parte B.

102 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

- **Examen Papanicolau y Pélvico:**

(Incluye un examen clínico de los senos)

Uno cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted es una persona de alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si está en edad de concebir y ha tenido un examen Papanicolau anormal en los últimos 36 meses.

Quien está cubierto...

Toda mujer con Medicare.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- No hay coseguro y no hay deducible Parte B para los exámenes Papanicolau. Para servicios recolección del examen Papanicolau y exámenes pélvicos y de los senos, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad fija de copago) sin deducible anual Parte B.

103 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Examen para el cáncer de la próstata:

- Examen Digital Rectal - Una vez cada 12 meses.
- Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por sus siglas en inglés de Prostate Specific Antigen Test) Una vez cada 12 meses.

Quien está cubierto...

Todo hombre con Medicare de 50 años o más.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- Generalmente, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B. No hay coseguro y no hay deducible Parte B para el examen PSA.
- **Fin de esta Página**

104 __ Sección 9: Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Cuadro de Servicios Preventivos de Medicare Part B (continuación)

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare

Inyecciones (vacunas):

- Vacuna de Influenza Una vez al año en el otoño o el invierno.
- Inyección contra la Pulmonía - Posiblemente una en su vida sea suficiente. Consulte a su médico.
- Inyección contra la Hepatitis B - Si usted presenta de mediano a alto riesgo para la hepatitis.

Quien está cubierto...

Toda persona con Medicare.

Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...

- Nada por las inyecciones/vacunas contra la influenza y la pulmonía si el proveedor de servicios de salud acepta la asignación. Para las vacunas contra la Hepatitis B, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad fija de copago) después del deducible anual Parte B.
- **Fin de esta Página**

105 __ Sección 10: Índice - Letra A hasta I

A

American Association of Kidney Patients __ 74

American Kidney Fund __ 74

Apelaciones __ 8, 65 - 66

Asignación __ 8, 44, 61

Auto Diálisis en el hogar __ 43 - 50

B

Beneficios de la Administración de Veteranos __ 72

C

Coseguro __ 9, 39, 42, 46, 61, 96

D

Deducible __ 9, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 61, 97 - 98

Definiciones de palabras importantes __ 8 - 12

Diálisis __ 30 - 53

__ Encontrando un centro de Diálisis __ 31

__ Lo que está cubierto __ 35 - 37

__ Lo que no está cubierto __ 38

__ Lo que usted paga __ 39 - 50

__ Transporte __ 53

__ Viajes __ 51 - 52

E

Entrenamiento en Auto Diálisis __ 42

I

Inscripción (Medicare) __ 18 - 19

106 __ Sección 10: Índice (continuación) - Letra M hasta Q

M

- Medicaid __ 71 - 72
- Medicare, Cobertura (Comienza) __ 21 - 23
- Medicare, Cobertura (Termina) __ 24
- Medicinas inmunosupresivas __ 57 - 59

N

- National Kidney and Urologic Diseases Information __ Clearinghouse __ 75
- National Kidney Foundation, Inc. __ 74
- Números telefónicos para obtener ayuda __ 78 - 86

O

- Organizaciones de los riñones __ 74 - 75

P

- Pagador secundario __ 10, 26
- Parte A (Seguro de Hospital) __ 13, 17 - 18
- Parte B (Seguro Médico) __ 14 - 15, 17 - 20
- Período de beneficios __ 10, 87, 88
- Período de Inscripción General __ 18
- Plan de salud de grupo de empleador __ 25 - 29, 68
- Plan Original de Medicare __ 11, 15 - 16
- Plan Privado de Pago-por-Servicio __ 11, 15 - 16
- Planes de Salud Administrados Medicare __ 12, 15 - 16
- Prima __ 13, 14, 19
- Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud __ 76, 78, 83 - 86

Q

- Queja Formal __ 12, 66 - 67

107 __ Sección 10: Índice (continuación) - Letra R hasta V

R

Redes ESRD __ 75, 78 - 82

S

Sangre, cobertura de __ 62 - 63

Seguros Medigap __ 69 - 70

T

Trasplante de páncreas __ 60

Trasplante de Riñón __ 54 - 61

__ Lo que está cubierto __ 55 - 60

__ Lo que usted paga __ 60 - 61

__ Medicinas __ 57 - 58

Transporte a Diálisis __ 53

V

Viajes (Diálisis) __ 51 - 52

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
ADMINISTRACIÓN PARA EL
FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244 - 1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación No. HCFA - 10128-LS
mayo 2001

Medicare Coverage of Kidney Dialysis and
Kidney Transplant Services (sp)

- Llame al 1 800 633 - 4227 o busque en el Internet en www.medicare.gov para obtener ayuda con sus preguntas.
- Do you need a copy in English? (Call 1 800 633 - 4227, TTY/TDD: 1 877 486 - 2048 for the hearing and speech impaired.)

