



La Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón

Esta publicación **oficial** del gobierno le explica:

- ★ Lo básico de Medicare
- ★ Cómo Medicare ayuda a pagar por los servicios de diálisis y de trasplante de riñón
- ★ Dónde puede conseguir ayuda



Al momento de su impresión, la información en esta publicación sobre el programa Medicare era correcta. Tal vez se hayan realizado cambios posteriormente. Visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

“La Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Contenido

Introducción	4
Sección 1: Lo Básico de Medicare	5
Sección 2: Diálisis Renal	15
Sección 3: Trasplante de riñón	23
Sección 4: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados	27
Sección 5: Los precios y pagos	31
Sección 6: Las quejas sobre los servicios de diálisis o de trasplante	37
Sección 7: Otro tipo de cobertura médica	39
Sección 8: Dónde puede obtener más información	43
Sección 9: Definiciones	49
Índice	53

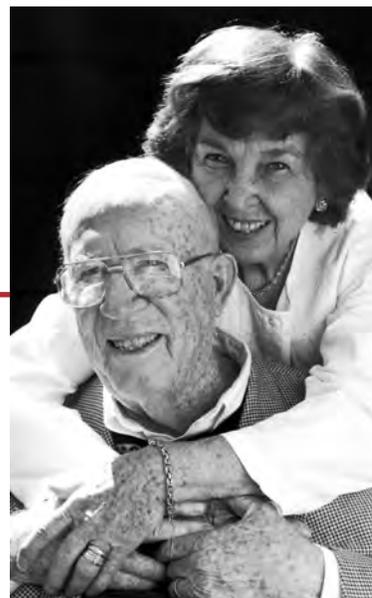
Introducción

Este folleto le explica qué paga Medicare y cómo el **Medicare Original** le ayuda a pagar por los servicios de diálisis y por un trasplante renal.

En la mayoría de los casos, usted no podrá inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) si padece de una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés) (vea las páginas 8–9 para las excepciones a esta regla). Si está inscrito en otro **Plan de Salud de Medicare**, su plan debe proporcionarle al menos la misma cobertura que el Medicare Original, aunque los costos, derechos, protecciones y opciones sobre dónde obtener la atención médica pueden ser distintos. Puede ser que usted obtenga beneficios adicionales. Consulte a su administrador de beneficio o lea los materiales del plan si desea más información.

Hable con su equipo de atención médica para averiguar sobre la insuficiencia renal y sus opciones de tratamiento. Sus médicos, enfermeras, asistentes sociales, dietistas y técnicos de diálisis son los que conforman su equipo de atención médica.

Ellos están para ayudarle a decidir qué es lo mejor para usted en su situación. Si tiene preguntas sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Sección 1: Lo Básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para las personas:

- Mayores de 65
- Menores de 65 con una discapacidad
- Personas de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón)

¿Qué cubre Medicare?

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

- La internación en el hospital
- La internación en un **centro de enfermería especializada** (que no sea cuidado de compañía ni **cuidado a largo plazo**)
- El cuidado de hospicio
- El **cuidado de la salud en el hogar**

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

- Los servicios médicos y de otros proveedores de la salud
- La atención ambulatoria
- El cuidado de la salud en el hogar
- Varios servicios preventivos

Para más detalles sobre lo que cubre Medicare, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 49–51.

Averigüe si es elegible

Si tiene insuficiencia renal, necesita tratamiento de diálisis o le han hecho un trasplante de riñón, usted puede obtener Medicare sin importar cuál sea su edad si una de estas condiciones se aplica a su caso:

- Ha trabajado el tiempo suficiente y hecho los aportes al Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) o como empleado del gobierno.
- Ya está recibiendo o es elegible para los beneficios del Seguro Social o de RRB.
- Es el cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumple cualquiera de los requisitos mencionados arriba.

También tiene que llenar una solicitud y esperar los plazos correspondientes.

Si es elegible para la Parte A de Medicare, también puede obtener la Parte B. La mayoría de las personas pagan una **prima** mensual por la Parte B. Vea la página 31. La inscripción en la Parte B es voluntaria. Sin embargo, **para obtener todos los beneficios de Medicare que cubran el tratamiento de diálisis y el trasplante de riñón, usted debe tener las Partes A y B.**

Si usted no es elegible para Medicare tal vez puede obtener ayuda adicional del estado para pagar por los tratamientos de diálisis. Vea las páginas 41.

Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea más información sobre el tiempo que debe esperar con el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno para ser elegible para Medicare por su ESRD. También puede averiguarlo en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Si su hijo/a padece de ESRD

Medicare cubre a las personas de cualquier edad que padecen de una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés). Su niño puede obtener la cobertura si usted o su cónyuge han hecho los aportes requeridos por el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno Federal. Su niño también puede estar cubierto si usted o su cónyuge reciben beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Medicare puede ayudar a pagar los costos médicos si su hijo necesita diálisis regularmente porque sus riñones ya no funcionan o porque le hicieron un trasplante de riñón.

Use la información de esta publicación para obtener respuestas a sus preguntas o visite [Medicare.gov/information-for-my-situation/children-end-stage-renal-disease-esrd](https://www.medicare.gov/information-for-my-situation/children-end-stage-renal-disease-esrd) para ver el folleto “Medicare para los niños que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Terminal: Comencemos”. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o llamar al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

**Opciones de Planes Medicare**

Medicare ofrece varias opciones para recibir su cobertura de salud y de recetas médicas, aunque las opciones pueden ser limitadas si padece de ESRD. Los costos variarán de acuerdo a la cobertura y servicios que use.

Si padece de ESRD y se ha inscrito en Medicare recientemente

Probablemente recibe sus beneficios de salud a través del **Medicare Original**. Usted puede consultar a cualquier médico o **proveedor** que esté inscrito y acepte Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare, o ir a cualquier hospital o centro médico.

Opciones de Planes Medicare (continuación)

Usted paga una cantidad fija por su atención médica (**deducible**) antes de que Medicare comience a pagar la parte que le corresponde. Luego, Medicare paga su parte y usted paga la otra parte (**coseguro** o **copago**) por los servicios y suministros cubiertos por Medicare.

Cuando está inscrito en el plan Medicare Original, puede agregar la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) de Medicare si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Los distintos planes cubren medicamentos diferentes, pero la mayoría de los que son **necesarios por motivos médicos** están cubiertos. Vea la página 27 para más información.

Los planes Medicare Advantage y sus otras opciones

Normalmente no puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) si ya padece de ESRD y no le han hecho un trasplante de riñón. Sin embargo, usted podrá inscribirse en un plan Medicare para Necesidades Especiales, (SNP en inglés), si uno está disponible en su área. SNP es un tipo de Plan Medicare Advantage para las personas con ciertas enfermedades crónicas, que tienen derecho a Medicaid. Estos planes deben brindarle todos los servicios de las Partes A y B cuidado y servicios de salud, así como la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados.

Usted podría inscribirse en un plan Medicare Advantage si ya está recibiendo sus beneficios de salud (por ejemplo, de un plan de salud de un empleador) a través de la misma organización que ofrece el plan Medicare Advantage. Mientras esté en un plan Medicare Advantage, ese plan será el proveedor principal de su cobertura de cuidado médico.

Si padece de ESRD y le han hecho un trasplante de riñón exitoso, seguirá siendo elegible para los beneficios de Medicare (basándose en su edad o en su incapacidad), usted puede quedarse en el plan **Medicare Original** o inscribirse en un **Plan Medicare Advantage**.

Si padece de ESRD y está inscrito en un Plan Medicare Advantage que ya no brinda cobertura en su área, tiene el derecho por única vez de inscribirse en otro Plan Medicare Advantage si hay uno disponible en su zona.

Si desea más información sobre sus opciones de planes Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Cómo puede inscribirse en Medicare

Si es elegible para Medicare porque padece de ESRD, puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare visitando su oficina local del Seguro Social o llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Aviso: Si usted está inscrito en Medicare por su edad o discapacidad y ya está pagando una **prima** más alta por la Parte B porque no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, la **multa** dejará de aplicarse cuando tenga derecho a Medicare por padecer de ESRD. Llame a su oficina local del Seguro Social para hacer una cita para inscribirse en Medicare basado en ESRD.

¿Cuándo empieza la cobertura de Medicare?

La elegibilidad para la cobertura de Medicare basada en ESRD funciona diferente a otros tipos de elegibilidad de Medicare. Si califica para Medicare basado en ESRD y no se inscribe inmediatamente, puede ser elegible para recibir cobertura retroactiva de hasta 12 meses, una vez que esté inscrito en Medicare. Para obtener más información sobre cómo funciona el período de 12 meses de cobertura retroactiva, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si está en diálisis

Cuando se inscriba en Medicare porque padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal y **está en tratamiento de diálisis**, su cobertura de Medicare generalmente comienza el primer día del cuarto mes de tratamiento. Por ejemplo, si comienza el tratamiento de diálisis el 1 de julio, su cobertura comenzará el 1 de octubre.

Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Primer mes de diálisis	Segundo mes de diálisis	Tercer mes de diálisis	Cuarto mes de diálisis. Comienza la cobertura de Medicare.

La cobertura de Medicare puede comenzar el primer mes de tratamiento regular de diálisis si usted cumple ambas condiciones:

- Participa en un programa de entrenamiento para diálisis en el hogar ofrecido por un centro de entrenamiento certificado por Medicare durante los primeros 3 meses de su tratamiento regular de diálisis.
- Su médico espera que termine el entrenamiento y se haga los tratamientos usted mismo.

Importante: Medicare no cubre la cirugía u otros servicios necesarios para prepararlo para el tratamiento de diálisis (como las fístula de acceso) antes de que comience la cobertura de Medicare. Sin embargo, si ha completado el entrenamiento para diálisis en el hogar, la cobertura de Medicare comenzará el mes en que comienza su tratamiento de diálisis y estos servicios estarán cubiertos.

Si está recibiendo Medicare debido a la edad o incapacidad, Medicare cubrirá la colocación de fístulas u otros servicios preparatorios ordenados por el médico antes de que comience la diálisis”.

Si le harán un trasplante de riñón

La cobertura de Medicare comienza cuando es admitido en un hospital aprobado por Medicare para que le hagan el trasplante de riñón (o para los servicios médicos que necesita antes del trasplante) si su trasplante se realiza en el mismo mes o en los dos meses siguientes.

Ejemplo: El Sr. Villa será ingresado al hospital el 11 de marzo para que le hagan un trasplante de riñón. Su cobertura de Medicare se inicia en marzo. Si el trasplante se retrasa hasta abril o mayo, la cobertura de Medicare igualmente comenzará en marzo.

Si su trasplante se retrasa más de 2 meses después de su admisión en el hospital (para el trasplante o para los servicios de cuidado médico que necesita antes de su trasplante), la cobertura de Medicare puede comenzar 2 meses antes de su trasplante.

Ejemplo: La Sra. Pinto es admitida al hospital el 25 de mayo para unos análisis que necesita antes de su trasplante renal. Supuestamente se le haría el trasplante el 15 de junio. Sin embargo, el trasplante se pospuso hasta el 17 de septiembre. Por lo tanto, la cobertura de Medicare para la Sra. Pinto comenzará en julio, dos meses **antes** del trasplante.

¿Cuándo termina la cobertura de Medicare?

Si usted es elegible para Medicare sólo por padecer de insuficiencia renal permanente, dicha cobertura terminará:

- 12 meses después de que termine su tratamiento de diálisis, o
- 36 meses después del mes en que le hicieron el trasplante de riñón

Su cobertura de Medicare se extenderá si:

- Comienza la diálisis nuevamente o se le hace otro trasplante dentro de los doce meses siguientes al mes en que terminó el tratamiento de diálisis.
- Usted comienza el tratamiento de diálisis o se le hace otro trasplante renal dentro de los 36 meses siguientes al mes en el que se le hizo el trasplante.

¿Cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato?

Si usted es elegible para Medicare sólo porque padece de insuficiencia renal permanente, su elegibilidad generalmente no puede empezar hasta su cuarto mes de diálisis (también conocido como “periodo de espera”). Por lo tanto, si usted tiene plan de salud grupal de empleador o sindicato, dicho plan será el único que pague durante los tres primeros meses de su tratamiento de diálisis (a menos que también tenga otro tipo de cobertura).

Si su plan de empleador o sindicato no cubre todos los costos del tratamiento de diálisis, usted tendrá que pagar una parte. Quizá pueda obtener ayuda para pagar estos costos. Vea las páginas 39–41.

Una vez que sea elegible para Medicare por padecer de insuficiencia renal permanente (generalmente al cuarto mes de diálisis), habrá un período llamado “el periodo de coordinación” durante el cual su cobertura de salud grupal de empleador o sindicato continuará pagando sus cuentas.

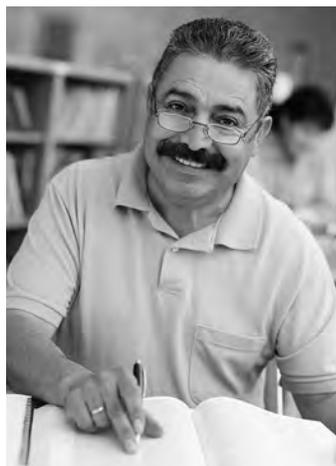
Sin embargo, si su plan no paga el 100% de las cuentas, Medicare tal vez pague algunos de los costos restantes. A esto se le conoce como “coordinación de beneficios”, bajo la cual su plan es el “pagador primario” y Medicare el “pagador secundario”. Durante dicho período Medicare es pagador secundario. (La póliza, plan o programa de seguro que paga en segundo lugar por un reclamo de cuidado médico). Este período de coordinación dura 30 meses. Vea a continuación para más información.

El período de coordinación de 30 meses

El período de espera para su elegibilidad comenzará aunque usted no se haya inscrito en Medicare. Lo mismo es cierto para el período de 30 meses de coordinación, que comienza el primer mes en el que es elegible para Medicare por su insuficiencia renal permanente (generalmente al cuarto mes de diálisis), **aun si usted todavía no se ha inscrito en Medicare.**

Ejemplo: Si su diálisis comienza y usted es elegible para inscribirse en Medicare en junio, el período de coordinación de 30 meses comenzará el 1 de septiembre, al cuarto mes del tratamiento de diálisis, aunque no tenga Medicare.

Si toma un curso de entrenamiento en la auto-administración de diálisis o recibe un trasplante de riñón durante los 3 meses del período de espera, el período de coordinación de 30 meses comenzará antes. Durante este periodo de 30 meses, Medicare será el pagador secundario.



Importante: Si tiene un plan de salud grupal de empleador o sindicato, avísele a su médico o proveedor de la salud. Es importante que lo haga para garantizar que sus servicios sean facturados correctamente. Al final del período de coordinación de 30 meses, Medicare será el pagador principal de todos los servicios cubiertos por Medicare. Su plan de salud grupal de su empleador o sindicato podría pagar por los servicios que Medicare no cubre.

Hable con su administrador de beneficios.

Hay un período de coordinación de 30 meses separado cada vez que se inscriba en Medicare por su ESRD. Por ejemplo si le hacen un trasplante que funciona por 36 meses, la cobertura de Medicare terminará (a menos que tenga derecho a Medicare porque tiene 65 años o más o porque tiene una incapacidad).

Si después de los 36 meses se inscribe nuevamente en Medicare porque comienza un tratamiento de diálisis o le hacen otro trasplante, la cobertura de Medicare comenzará inmediatamente. No tendrá que esperar 3 meses para que comience la cobertura. Sin embargo, se iniciará un nuevo período de coordinación de 30 meses si usted tiene un plan de salud grupal de su empleador o sindicato.

¿Debo inscribirme en Medicare si ya tengo cobertura de salud grupal de mi empleador o sindicato?

No, pero debe pensarlo bien. Si le hacen un trasplante de riñón, tendrá que tomar medicamentos inmunosupresores por el resto de su vida, así que es muy importante saber si serán cubiertos. Medicare sólo cubre medicamentos inmunosupresores en condiciones específicas (vea las páginas 25–26).

Nota: Si no reúne las condiciones para obtener la cobertura Medicare Parte B para los medicamentos inmunosupresores, tal vez pueda obtener cobertura si se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas. Vea las páginas 27-30.

Si su plan de salud grupal le cobra un **deducible** anual, un **copago** o **coseguro**, podría conseguir ayuda para pagar esos costos durante el periodo de coordinación si se inscribe en las Partes A y B de Medicare. Si su cobertura de salud grupal paga por la mayoría de los servicios o por todos (por ejemplo si no cobra un deducible anual), tal vez quiera retrasar su inscripción en las Partes A y B de Medicare hasta que termine el período de coordinación de 30 meses.

Si retrasa su inscripción, no tendrá que pagar la **prima** de la Parte B por una cobertura que aún no necesita. Después del período de coordinación de 30 meses, usted debe inscribirse en las Partes A y B. **La prima que paga por la Parte B no será más elevada por haber esperado para inscribirse.** Si los beneficios de su plan de salud grupal disminuyen o terminan durante este período, deberá inscribirse en las Partes A y B lo antes posible.

Para más información sobre cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato

- Obtenga una copia del folleto de beneficios del plan.
- Llame a su administrador de beneficios y pregúntele cómo paga su plan si tiene Medicare.

Sección 2: Diálisis Renal

¿Qué es la diálisis?

Diálisis es un tratamiento que limpia la sangre cuando sus riñones no funcionan. Libera los desechos dañinos, el exceso de sal y los líquidos que se acumulan en el cuerpo. Además ayuda a controlar la presión sanguínea y a mantener en el cuerpo la cantidad apropiada de líquidos. Los tratamientos de diálisis le permiten vivir mejor y por más tiempo, pero no son una cura para la insuficiencia renal permanente.

Opciones de tratamiento de diálisis

Hay dos tipos de tratamiento de diálisis:

1. La **hemodiálisis** que usa un filtro especial (llamado dializador) para limpiar su sangre. El filtro está conectado a una máquina. Durante el tratamiento, su sangre fluye a través de tubos al filtro para limpiarla de las sustancias tóxicas y del exceso de líquido. Luego, la sangre limpia fluye por otros tubos hacia su cuerpo.
2. La **diálisis peritoneal** usa una solución especial para diálisis (llamado dializado) que fluye por un tubo dentro del abdomen. Después de unas horas, la solución de diálisis ha quitado las sustancias tóxicas de su sangre y puede ser drenada de su abdomen. Una vez que se ha drenado la solución de diálisis, se llena su abdomen con una solución limpia y el proceso de limpieza comienza nuevamente.

Debe hablar con su médico y su equipo médico para decidir qué tipo de diálisis necesita basándose en su situación. El objetivo es ayudarle a mantenerse activo y saludable.

Las palabras
en color **rojo**
están definidas
en las páginas
49–51.

Servicios e insumos de diálisis cubiertos por Medicare

Insumo o servicio	Cubierto por la Parte A	Cubierto por la Parte B
Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido al hospital porque necesita cuidado especial).	✓	
Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (cuando recibe el tratamiento en cualquiera de los centros de diálisis certificados por Medicare).		✓
Servicios médicos ambulatorios. Vea las páginas 20.		✓
Entrenamiento para auto-diálisis (incluye la instrucción para usted y la persona que lo ayuda con su diálisis en el hogar).		✓
Equipo e insumos para diálisis en el hogar (como la máquina, sistema de tratamiento del agua, una silla básica reclinable, alcohol, toallitas, vendajes estériles, guantes de goma y tijeras). Vea la página 20.		✓
Ciertos servicios de apoyo para el hogar (puede incluir visitas de personal entrenado del hospital o centro de diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudarlo durante las emergencias y para controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua). Vea la página 20.		✓
La mayoría de los medicamentos para diálisis en el hogar.		✓
Otros servicios e insumos que son parte del tratamiento de diálisis (tales como los análisis de laboratorio).		✓

Para averiguar cuánto le corresponde pagar por estos servicios, vea las páginas 31-36.

Servicios e insumos de diálisis que NO están cubiertos por Medicare

Medicare **no cubre** los servicios o insumos de diálisis siguientes:

Insumo o servicio	No cubierto
Un ayudante para la diálisis en el hogar	X
Cualquier ingreso que usted o la persona que lo ayuda no hubiese recibido durante el entrenamiento para auto-diálisis	X
Un lugar donde quedarse durante el tratamiento de diálisis	X
Sangre o glóbulos rojos empacados para la auto-diálisis en el hogar, a menos que sea parte de los servicios del médico	X

Hay algunos seguros que podrían pagar los costos que Medicare no cubre. Vea las páginas 39–41. Si desea más información sobre la **cobertura de recetas médicas** de Medicare, vea las páginas 27–30.

Centros de diálisis

El tratamiento de diálisis puede hacerse en el hogar o en un centro certificado por Medicare. Para que Medicare pague por el tratamiento, el centro tiene que estar aprobado por Medicare para proveer diálisis (aun si el centro ya brinda otros servicios cubiertos por Medicare).

En el centro de diálisis, una enfermera o técnico entrenado puede brindarle el tratamiento. En el hogar, usted puede hacerse el tratamiento o pedirle a un amigo o familiar que lo ayude.

Cada año usamos diferentes medidas de calidad para evaluar las instalaciones de diálisis. Estas medidas de calidad muestran la frecuencia con la que los centros de diálisis utilizan las mejores prácticas cuando lo atienden. Basados en nuestra evaluación de estas medidas de calidad, le damos una puntuación a cada centro de diálisis. Se requiere que los centros de diálisis muestren esa puntuación en un área que sea fácil de encontrar y en un formato y un idioma que comprenda.

Esta puntuación puede variar de 0 a 100 (una puntuación más alta indica una instalación de mejor calidad) y se basa en el rendimiento de la instalación en las medidas de calidad. Para obtener más información sobre este puntaje y las medidas de calidad utilizadas para evaluar los centros de diálisis, puede solicitar al centro que le muestre su informe completo o visitar [Medicare.gov/dialysis](https://www.Medicare.gov/dialysis).

Cómo localizar un centro de diálisis

En la mayoría de los casos, el centro en el que tiene la práctica su especialista de riñón, será donde reciba el tratamiento de diálisis. Sin embargo, usted tiene el derecho de escoger otro centro en cualquier momento aunque esto tal vez signifique que tendrá que cambiar de médico.

También puede llamar a la Red local de ESRD (vea las páginas 46–47) para localizar centros de diálisis cerca de su domicilio, o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ofrece información importante sobre los centros de diálisis de su zona y del país certificados por Medicare. Puede comparar los centros por los servicios que ofrecen y por cierta información sobre la calidad de la atención. También encontrará otros recursos para pacientes y familiares que quieren obtener más información sobre las enfermedades crónicas del riñón y diálisis.

Allí podrá obtener y comparar la información siguiente sobre los centros de diálisis:

- Direcciones
- Números de teléfono
- Horarios de atención
- Dónde están ubicadas respecto a su domicilio
- Qué servicios de diálisis ofrecen
- Información sobre la calidad de los servicios

Sitios web, publicaciones y números de teléfono útiles están disponibles. Usted puede discutir esta la información con su equipo médico.

Si no tiene una computadora, en su biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad podrán ayudarle a buscar esta información. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea las páginas 46-47), comparando los centros de diálisis. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene problemas encontrando un centro de diálisis que lo acepte como paciente, tiene derecho a presentar una queja. Vea las páginas 37-38 para más información.

Traslado a los centros de diálisis

Medicare pagará por los servicios de ida y vuelta en ambulancia cuando usted padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) sólo si otras formas de transportación ponen en peligro su salud.

Para los servicios de ambulancia que son planeados y no son de emergencia, el **proveedor** de servicios de ambulancia debe recibir una orden por escrito de su médico antes de brindarle el servicio, certificando que el servicio de ambulancia es **necesario por motivos médicos**. La orden escrita del médico debe estar fechada dentro de los 60 días anteriores al servicio.

Si tiene un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO), podría pagar algunos traslados a los centros de diálisis y a los médicos mientras que no sean en ambulancia. Lea los materiales de su plan o llámelo para más información.

Si desea más información sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, visite [Medicare.gov/coverage/ambulance-services](https://www.Medicare.gov/coverage/ambulance-services) para leer o imprimir la publicación “La cobertura Medicare de los servicios de ambulancia”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Si necesita ayuda con el transporte que no sea de ambulancia, hable con el trabajador social de su centro de diálisis para averiguar si hay disponible.

Diálisis en el hospital

Si usted es admitido al hospital y recibe diálisis, sus tratamientos serán cubiertos por la Parte A de Medicare como parte de los costos que están cubiertos por su estadía hospitalaria. Vea la página 33 para información sobre los precios de la diálisis ambulatoria o si hace el tratamiento internado.

Diálisis en el hogar

El entrenamiento para la diálisis en el hogar está cubierto por la Parte B, pero solamente en un centro certificado para brindar este tipo de entrenamiento. Usted podría ser elegible para el entrenamiento si piensa que podría beneficiarse con el entrenamiento y su médico lo aprueba. Las sesiones de entrenamiento ocurren al mismo tiempo que recibe el tratamiento de diálisis y hay un límite a la cantidad de sesiones.

Su centro de diálisis debe proporcionarle todo lo relacionado para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluidos el equipo e insumos (ya sea directamente o haciendo los arreglos para que se los manden).

Los **proveedores** de diálisis ya no pueden suministrarle directamente el equipo e insumos para diálisis en el hogar. Sin embargo, los proveedores de diálisis pueden brindarle el equipo e insumos bajo un acuerdo con su centro de diálisis. Medicare paga el tratamiento de diálisis en el hogar a la misma tasa que paga por el tratamiento en el centro de diálisis. Los proveedores externos son pagados por los centros de diálisis y de la cantidad única pagada.

Visitas médicas mensuales para la diálisis en el hogar

Es posible que pueda recibir una visita mensual de su médico (o ciertos personal no médico, como asistentes médicos y enfermeras practicantes) para ayudarlo a manejar su cuidado.



Este beneficio incluye visitas en persona una vez al mes. Esta visita personal es un oportunidad para que usted y su médico hablen sobre su atención, qué tan eficaz es el tratamiento, analicen las complicaciones y usted haga todas las preguntas necesarias.

Diálisis cuando está de viaje

Usted puede viajar dentro de los Estados Unidos aun si necesita tratamiento de diálisis. Existen más de 6,000 centros de diálisis distribuidos por todo el país. Su centro de diálisis puede ayudarle a planificar los tratamientos de acuerdo a su itinerario de viaje antes de su partida.

Mientras viaja, es posible que deba pagar su copago cuando reciba diálisis. Consulte con el trabajador social en su centro de diálisis para obtener más información.

Su centro le ayudará averiguando si los otros centros ubicados a lo largo de los sitios que visite:

- están aprobados por Medicare para hacer tratamientos de diálisis
- tienen el espacio y el tiempo para atenderlo cuando lo necesite
- poseen suficiente información sobre su persona como para brindarle el tratamiento correcto

Por lo general, Medicare pagará sólo por el hospital o la atención médica que usted reciba en los Estados Unidos.

Aviso: Si obtiene los servicios de diálisis de un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) su plan puede hacer los arreglos pertinentes para que reciba la diálisis que necesita durante su viaje. Si desea más información, comuníquese con el plan.

¿Cómo averiguo si el tratamiento de diálisis está funcionando bien?

Con el tipo y la cantidad correcta de diálisis, usted probablemente se sienta mejor y menos cansado, con más apetito y menos náuseas, tenga que internarse con menor frecuencia y viva más tiempo.

Usted puede saber si su tratamiento de diálisis funciona con unos exámenes de sangre que controlan su número URR (Tasa de Reducción de Urea) o Kt/V (pronunciado Kt sobre V). Estos números le indican a su médico o enfermera/o qué tan bien la diálisis está quitando los desechos de su cuerpo. Su médico o enfermera/o generalmente llevan un control de uno o de ambos números según el examen que use su centro de diálisis.

Un URR de 65% y un Kt/V de 1.2 son los números mínimos para una diálisis adecuada. Su médico o el centro de diálisis puede poner una meta más elevada para su salud y para que se sienta mejor. Hable con su médico sobre estos números.

Aunque usted se sienta bien, igual debería averiguar si su diálisis está funcionando bien. Durante un período corto, algunas personas pueden sentirse bien sin una diálisis adecuada. A largo plazo, si no recibe suficiente diálisis podría sentirse débil y cansado. Puede correr el riesgo de infecciones o sangrado prolongado y que su vida se acorte.

Algunos pasos a seguir para recibir la diálisis adecuada

- Vaya a todos los tratamientos y llegue a tiempo.
- Quédese hasta recibir el tratamiento completo.
- Siga la dieta y restricciones de líquidos indicadas.
- Siga los consejos de su equipo de diálisis en lo que respecta a su cuidado.
- Controle los números de URR o Kt/V adecuados cada mes.
- Hable con su médico sobre el acceso vascular para hemodiálisis* que le conviene más. (Su acceso vascular es la intervención quirúrgica que realiza su médico para acceder a las venas y arterias.) Durante la diálisis, su sangre se extrae y se inyecta nuevamente por el acceso vascular.
- Aprenda a cuidar del acceso vascular.

Para averiguar si su diálisis está funcionando bien, hable con su médico u otro miembro del equipo del centro de diálisis. Si tiene un problema con la atención que está recibiendo por su enfermedad renal, tiene el derecho de presentar una queja. Vea “Cómo presentar una queja” en las páginas 37–38 para obtener más información.

Sección 3: Trasplante de riñón

¿Qué es un trasplante de riñón?

Un trasplante renal es una cirugía que se realiza para colocar el riñón sano de otra persona en su cuerpo. Este riñón nuevo hace el trabajo que sus propios riñones no pueden hacer. Usted puede



obtener el nuevo riñón de una persona recientemente fallecida o de alguien que aún vive, como un familiar. La sangre y los tejidos de la persona que le da el riñón deben examinarse. Esto se hace para ver el grado de compatibilidad con los suyos de modo que su cuerpo no rechace al riñón trasplantado.

Para que Medicare pague por el trasplante, se lo deben hacer en un hospital aprobado por Medicare para hacer trasplantes de riñón.

Si tiene problemas con la atención que recibe para el trasplante o mientras recibe un referido para un trasplante, tiene el derecho de presentar una queja para solucionar el problema. Si desea más información, consulte “Cómo presentar una queja” en las páginas 37–38.

Las palabras
en color **rojo**
están definidas
en las páginas
49–51.

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare

Insumos o servicios	Parte A de Medicare	Parte B de Medicare
Servicios de internación en un hospital aprobado	✓	
Honorario por registro del riñón	✓	
Análisis y otras pruebas para evaluar su estado de salud*	✓	
Análisis y otras pruebas para evaluar el estado de salud de los posibles donantes*	✓	
Los costos para hallar el riñón apropiado para su trasplante (si no hay un donante)	✓	
El costo total de la atención del donante (incluida la atención antes, durante y después de la cirugía)	✓	
Cualquier internación adicional del donante si surgieran problemas debido a la cirugía	✓	
Servicios médicos para el trasplante (incluida la atención antes, durante y después de la cirugía)		✓
Servicios médicos para el donante durante la estadía en el hospital		✓
Medicamentos inmunosupresores (por un tiempo limitado una vez que deje el hospital después del trasplante). Vea las páginas 25–26. Si desea información sobre los Planes Medicare para Recetas Médicas consulte las páginas 27-30.		✓
Sangre (sangre o unidades de glóbulos rojos empaquetados, componentes sanguíneos y el costo del procesamiento y transfusión, vea las páginas 36).	✓	✓

Para averiguar lo que usted paga por estos servicios, consulte las páginas 34–35.

* Estos servicios están cubiertos tanto si se los hace en el hospital certificado por Medicare donde le harán el trasplante, o en cualquier otro hospital que participe en Medicare.

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores)

¿Qué son los medicamentos inmunosupresores?

Son medicamentos usados cuando se hace el trasplante para reducir el riesgo de que su cuerpo rechace el riñón trasplantado. Usted tendrá que tomar estos medicamentos por el resto de su vida.

Si sólo es elegible para Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) (no es mayor de 65 años o tiene una incapacidad), la Parte B de Medicare sólo cubre sus medicamentos de trasplante si se cumplen estas dos condiciones:

- Tenía Parte A de Medicare en el momento de su trasplante.
- Su cirugía de trasplante se llevó a cabo en una instalación certificada por Medicare.

Parte B sólo cubrirá sus medicamentos de trasplante después de que haya inscrito en la Parte B. No habrá ningún tipo de cobertura retroactiva.

¿Qué pasa si dejo de tomar mis medicamentos inmunosupresores?

Si deja de tomarlos, puede que su cuerpo rechace el nuevo riñón y el mismo deje de funcionar. Si esto ocurre, tendrá que empezar el tratamiento de diálisis nuevamente. Hable con su médico antes de dejar de tomar sus medicamentos inmunosupresores.

¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por mis medicamentos inmunosupresores?

Si usted tiene Medicare solamente porque padece de insuficiencia renal, **la cobertura de los medicamentos terminará 36 meses después del trasplante.**

Medicare continuará pagando por sus medicamentos inmunosupresores **sin límite de tiempo si usted:**

- Ya tenía Medicare por su edad o por una incapacidad antes de que le diagnosticaran su ESRD.
- Es elegible para Medicare debido a su edad o a una incapacidad después de haber recibido un trasplante en un hospital o centro certificado por Medicare, pagado por Medicare o por un seguro privado que actúa como pagador primario para los servicios cubiertos por la Parte A de un centro certificado por Medicare.

Si usted tiene Medicare solamente porque padece de insuficiencia renal, su cobertura terminará 36 meses después del trasplante.

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores) (continuación)

¿Qué pasa si no puedo pagar por mis medicamentos del trasplante?

Si usted tiene Medicare solamente porque padece de insuficiencia renal, la cobertura de sus medicamentos inmunosupresores terminará 36 meses después del trasplante. Si no sabe si podrá pagar por ellos una vez que termine la cobertura de Medicare, hable con su médico, enfermero/a o asistente social. Tal vez haya algún modo de obtener ayuda para pagar por dichos medicamentos. Vea las páginas 39–41 si desea información sobre otros seguros médicos.

Información especial sobre el trasplante de páncreas

Si padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y necesita un trasplante de páncreas, Medicare lo cubrirá si se lo realizan al mismo tiempo que el trasplante de riñón o después del trasplante de riñón.

Nota: En algunos casos aislados, Medicare cubre el trasplante de páncreas aun si no necesita un trasplante de riñón.

Si usted tiene Medicare solamente porque padece de insuficiencia renal y le hacen el trasplante de páncreas después del trasplante de riñón, Medicare sólo pagará por los medicamentos inmunosupresores durante los 36 meses siguientes al trasplante de riñón. Esto es debido a que su cobertura de Medicare terminará 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso, si sólo tiene Medicare porque padece de insuficiencia renal permanente.

Si usted ya tenía Medicare por su edad o una incapacidad antes de padecer de ESRD, o si es elegible para Medicare por su edad o por una incapacidad después del trasplante, Medicare continuará pagando por sus medicamentos inmunosupresores sin límite de tiempo.

Sección 4: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados

Lo que cubre Medicare

La Parte B de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores después de un trasplante, y la mayoría de los medicamentos para la diálisis. Vea las páginas 25–26. Sin embargo, no cubre los medicamentos recetados para otros problemas de salud que pueda tener, como presión alta, colesterol elevado, o diabetes. Medicare le ofrece cobertura de sus recetas médicas para ayudarle a pagar los costos de los medicamentos que no estén cubiertos por la Parte B.

Los planes Medicare de medicamentos recetados no cubrirán los medicamentos que pueda obtener a través de la Parte B—como los medicamentos inmunosupresores bajo las condiciones descritas en las páginas 31-32. Sin embargo, si no cumple con las condiciones mencionadas en las páginas 31-32, podrá obtener la cobertura de dichos medicamentos inscribiéndose en un plan Medicare de medicamentos recetados.

La cobertura de las recetas médicas (Parte D) es ofrecida por compañías privadas aprobadas por Medicare. Hay dos tipos de planes de Medicare que ofrecen la cobertura de Medicare de las recetas médicas:

1. Un plan Medicare para Recetas Médicas que agrega esta cobertura al **Medicare Original** o a ciertos **Planes de Salud de Medicare**.
2. La cobertura de Medicare de las recetas médicas ofrecida como parte de un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO). La mayoría de las personas que padecen de ESRD **sólo** pueden obtener la cobertura de sus medicamentos recetados a través del Plan Medicare Advantage si ya están inscritos en el plan o si se cambian a otro plan ofrecido por la misma compañía de seguro.

La mayoría de los planes Medicare para recetas médicas cobra una **prima** mensual que varía con cada plan. Su prima puede ser más alta basado en sus ingresos. Usted paga la prima de la Parte D además de la prima de la Parte B. Algunos planes no cobran una prima. Los costos variarán según los medicamentos que necesite y el plan que escoja.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 49–51.

Ayuda Adicional

La Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las **primas**, los **deducibles**, y el **coseguro**.

Puede obtener Ayuda Adicional para pagar por los costos de los medicamentos de los beneficiarios que cumplen con de los límites específicos de ingresos y recursos. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluyen su casa ni su automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda adicional para pagar por su prima mensual, el deducible anual y los copagos o coseguro de sus medicamentos.

Para ser elegible para la Ayuda Adicional, su ingreso anual en el 2019 debe ser menos de \$18,735 (\$25,365 si está casado y usted y su cónyuge viven juntos), y sus recursos pueden sumar hasta \$14,390 (\$28,720 si está casado y viven juntos). Estas cantidades pueden cambiar en el 2020.

Si usted vive en Alaska o Hawái, o paga más de la mitad de los gastos de un familiar dependiente, los límites de ingresos son más altos. Los recursos no incluyen su casa, automóvil, sus pertenencias, tumba, hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona) y seguros de vida.

Nota: Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana podría recibir ayuda con los costos de Medicare. Este subsidio no es igual a la Ayuda Adicional. Para más información, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) para obtener información de contacto de su oficina de Medicaid.

¿Cómo solicito la Ayuda Adicional?

Algunos beneficiarios de Medicare son elegibles automáticamente para la Ayuda Adicional y recibirán una carta de Medicare.

Si no recibe una carta diciendo que usted califica automáticamente, visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. Una vez que la haya solicitado, recibirá una carta por correo informándole si reúne los requisitos y cuál es el próximo paso. Aun si no es elegible, le convendría inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas.

Si califica para recibir la Ayuda Adicional, y no selecciona un plan de medicamentos recetados, Medicare le enviará una carta diciéndole cuál es el plan que le escogieron y cuándo comienza su cobertura. Asegúrese de que el plan en el que está inscrito cubra los medicamentos que usted usa y de que puede ir a las farmacias que quiere. Si no, usted puede cambiar de plan en cualquier momento.

¿Cuándo puedo inscribirme?

Si es elegible para Medicare porque padece de ESRD, su primera oportunidad para inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas será durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que es elegible para Medicare y termina 3 meses después.

Su cobertura de recetas médicas comenzará al mismo tiempo que comience su cobertura Medicare o el primer mes después de solicitarla, el que sea más tarde. Vea la páginas 10–11.

Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Si se inscribe después de que termine ese período, y durante 63 días seguidos o más no tuvo **cobertura válida de medicamentos recetados** puede que tenga que pagar una **multa** por inscripción tardía (la cual es añadida a su prima mensual).

Esta cantidad aumenta cuanto más tiempo esté sin una cobertura válida de medicamentos. Usted pagará esta penalidad durante todo el tiempo que tenga la **cobertura Medicare de recetas médicas**. Sin embargo, si le otorgan la Ayuda Adicional, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

Visite [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.Medicare.gov/drug-coverage-part-d) para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico. Vea las páginas 46–47.



Lo que cuesta Medicare

Los costos de la Parte A

La mayoría de las personas no pagan una **prima** mensual por la Parte A debido a que ellos (o sus cónyuges) pagaron los impuestos de Medicare mientras estaban trabajando.

Los costos de la Parte B

La mayoría de las personas deben pagar una prima mensual por la Parte B. La prima estándar de la Parte B para el 2020 es \$144.60 por mes, aunque puede ser un poco más dependiendo de sus ingresos. Las primas pueden cambiar anualmente.

Usted necesita la Parte B para recibir todos los beneficios de Medicare para las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal y para obtenerla, debe pagar la prima. Para más información sobre la prima de la Parte B, visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Lo que se paga por el tratamiento de diálisis

El sistema de pago incluye los siguientes servicios e insumos cubiertos por la Parte B y deben ser provistos en la facilidad donde recibe diálisis:

- Servicios para diálisis, equipo e insumos para el tratamiento de ESRD y definido como servicio de diálisis por Medicare
- Medicamentos inyectables, orales y biológicos, incluidos los agentes estimulantes de eritropoyesis usados en el tratamiento de diálisis para ESRD*
- Análisis de laboratorio y otros servicios e insumos para la diálisis para ESRD
- Entrenamiento para la diálisis en el hogar proporcionado por un centro de entrenamiento para diálisis en el hogar certificado por Medicare (si usted decide hacer el tratamiento de diálisis en el hogar)

*Los medicamentos que solamente están disponibles para tomarlos oralmente continuarán siendo cubiertos por la **cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**. Hable con su médico o equipo médico sobre el uso de cualquier medicamento incluidos los de venta libre.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 49–51.

Nota importante para las personas que toman Calcimiméticos (Sensipar® o Parsabiv™):

La Parte B de Medicare cubre los medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD. Los medicamentos calcimiméticos incluyen la medicación intravenosa, Parsabiv, y la medicación oral, Sensipar.

Su instalación de ESRD es responsable de administrarle estos medicamentos. Estos pueden darles el medicamento en sus instalaciones, o a través de una farmacia con la que trabajan. Usted tendrá un copago de 20% por estos medicamentos, como cualquier otro servicio que obtenga a través de la Parte B. Si está en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO), sus costos pueden ser diferentes.

Tendrá que trabajar con su centro de ESRD y su médico para averiguar dónde obtendrá estos medicamentos y cuánto pagará.

¿Cuánto pago por el tratamiento en un centro de diálisis?

Si tiene el **Medicare Original**, continuará pagando el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** por todos los servicios cubiertos para el tratamiento de diálisis. Medicare pagará el 80% restante.

La cantidad en dólares que usted tiene que pagar puede variar en el nuevo sistema de pago. Si está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** o tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) que cubra todo o parte del **coseguro** del 20%, entonces sus costos pueden ser distintos. Lea los documentos que le envía su plan o llame a su administrador de beneficios para obtener información sobre los costos. También tiene que seguir pagando la **prima** de la Parte B y de la Parte D (si correspondiera).

Nota: Su **copago** del 20% cubre todos los servicios y artículos mencionados en la página 16. Dado que estos servicios y artículos están incluidos en el sistema de pago combinado, a usted **no le pueden** cobrar por separado. Tampoco necesita obtener de su plan de la Parte D (si lo tuviera) los medicamentos que son parte del sistema combinado.

¿Cuánto pago por el tratamiento de diálisis en un hospital?

Si usted es admitido al hospital y recibe diálisis, sus tratamientos serán cubiertos por la Parte A de Medicare como parte de los costos que están cubiertos por su estadía hospitalaria.

■ Servicios médicos para pacientes internados

En el **Medicare Original**, su médico de riñón (nefrólogo) factura separadamente por los servicios para ESRD cubiertos por Medicare que usted recibe mientras está internado. En este caso, el pago mensual que recibe su médico de riñón estará basado en el número de días que ha estado internado en el hospital.

■ Servicios médicos ambulatorios

En el Medicare Original, se les paga una cantidad mensual a los médicos de riñón. Después de que usted pague el **deducible** anual de la Parte B (\$198 en el 2020), Medicare paga el 80% de la cantidad fija y usted paga el 20% de **coseguro** restante. En algunos casos, tal vez se le pague a su médico por día si usted recibe los servicios menos de un mes. En algunos casos, a su médico se le puede pagar por día si usted recibe servicios por menos de un mes.

Ejemplo: Digamos que la cantidad mensual que Medicare le paga a su médico por cada paciente de diálisis son \$125. Después de que usted haya pagado el **deducible** anual de la Parte B, estos son los costos:

- Medicare paga el 80% de los \$125 (o \$100).
- Usted paga el 20% restante de **coseguro** (o \$25).

Recuerde, lo que usted paga puede variar a lo que se muestra.

¿Cuánto pago por el entrenamiento para diálisis en el hogar?

En el **Medicare Original**, se les paga una cantidad fija a los médicos de riñón por supervisar el entrenamiento para auto-diálisis. Después de que usted pague el deducible anual de la Parte B (\$198 en el 2020), Medicare paga el 80% de la cantidad fija y usted paga el 20% restante.

Ejemplo: Digamos que la cantidad mensual que Medicare le paga a su médico por supervisar el entrenamiento son \$500. Después de que usted haya pagado el **deducible** anual de la Parte B de Medicare, estos serían los costos a pagar:

- Medicare paga el 80% de los \$500 (o \$400).
- Usted paga un **coseguro** del 20% restante (o \$100).

Recuerde lo que usted paga puede variar a lo que se muestra.

¿Cuánto pago por el tratamiento de mi hijo que padece de ESRD?

Si usted tiene un hijo menor de 18 años que tiene la cobertura de Medicare porque padece de Enfermedad Renal en Etapa Terminal, las normas de pago son las que se mencionan arriba. Sin embargo, las tarifas que les pagan a los centros de diálisis se ajustan de acuerdo con la edad del niño y el tipo de diálisis que le hagan. Estos ajustes permiten atender las necesidades especiales de los niños. Su 20% de coseguro se basará en estas tarifas especiales.

Si desea más información sobre la cobertura de Medicare de los niños con ESRD, vea la página 7.

Lo que paga Medicare por los servicios de trasplante de riñón

Las cantidades que aparecen en esta sección son para los servicios de trasplante renal cubiertos por el **Medicare Original**. Si usted está inscrito en un **Plan Medicare Advantage**, (como HMO o PPO), sus costos pueden ser distintos. Lea los documentos del plan o llámelos para averiguar sobre los costos.

Lo que paga por los servicios de trasplante

¿Cuánto tengo que pagar por el donante del riñón?

Medicare pagará el costo completo del cuidado de su donante. Usted no tiene que pagar ni un **deducible**, ni el **coseguro**, ni cualquier otro costo de la estadía del donante en el hospital. Además, el donante de riñón no tiene que pagar un deducible, coseguro, o cualquier otro costo de su estadía en el hospital.

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del hospital?

Si está inscrito en el Medicare Original, usted paga en el 2020:

- \$1,408 de **deducible** por cada **periodo de beneficio**
- \$0 de **coseguro** por los primeros 60 días de cada periodo de beneficio
- \$352 de **coseguro** por día para los días 61–90 de cada periodo de beneficio
- \$704 por día* de “**reserva de por vida**” después del día 90 de cada periodo de beneficio (hasta 60 días en el curso de su vida)
- Todos los costos por cada día* después de los días de reserva de por vida

Por la atención aprobada por Medicare en un **centro de enfermería especializada**, usted paga:

- \$0 por los 20 primeros días de cada periodo de beneficio
- \$176.00 por día de 21–100 días de cada período de beneficio
- Todos los costos diarios a partir de los 100 días de cada período de beneficio

Para averiguar cuánto paga usted por otros servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

* En el Medicare Original, los días de reserva de por vida son días adicionales que Medicare pagará cuando está internado más de 90 días en el hospital. Usted tiene un total de 60 días de reserva vitalicios que pueden ser usados en cualquier momento. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos menos un coseguro diario.

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del médico?

En el Medicare Original, usted tiene que pagar el deducible anual por la Parte B (\$183 en el 2018). Una vez pagado el deducible, Medicare paga el 80% de la **cantidad aprobada por Medicare** y usted paga un **coseguro** equivalente al 20% restante.

Importante: Hay un límite para la cantidad que su médico puede cobrarle, incluso si no acepta la **asignación**. Si su médico no acepta la asignación usted sólo tendrá que pagar la parte de la factura que está 15% por encima de la cantidad aprobada por Medicare.

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del laboratorio?

Usted no paga nada por los análisis de laboratorio aprobados por Medicare.

¿Cuánto paga Medicare por la sangre?

En la mayoría de los casos, las Partes A y B de Medicare ayudan a pagar por:

- Unidades completas de sangre o glóbulos rojos empacados
- Componentes sanguíneos, y
- El costo del procesamiento y transfusión de la sangre

Lo que usted paga por la sangre

En las Partes A y B de Medicare, en la mayoría de los casos, el hospital recibe sangre de un banco de sangre gratis y usted no tendrá que pagar para que repongan la sangre. Si el hospital tiene que comprar la sangre que van a darle, usted paga por las tres primeras pintas de sangre o unidades de glóbulos rojos empacados que reciba durante un año, (mientras está en el hospital o en un **centro de enfermería especializada**) o usted u otra persona tendrán que donar la sangre que ha recibido.

Usted hace un **copago** por las unidades de sangre adicionales que recibe como paciente ambulatorio (después de las tres primeras), y tiene que pagar el deducible de la Parte B.

Aviso: Una vez que ha pagado o reemplazado las unidades de sangre, no tendrá que hacerlo otra vez para la Parte A o la Parte B por el resto del año calendario.

Donación de sangre

Usted puede reponerla donando sangre con anticipación, o puede hacer que otra persona u organización reemplace la sangre por usted. La sangre que se dona no tiene que ser igual a su tipo de sangre. Si decide reponerla usted mismo, pregúntele a su médico antes de donar sangre.

No pueden cobrarle por la sangre que haya donado

El hospital o el **centro de enfermería especializada** no pueden cobrarle por ninguna de las tres primeras pintas de sangre que usted ya ha repuesto o que piensa reponer.

Medicare no paga por la sangre para auto-diálisis en el hogar, a menos que sea parte del servicio médico o sea necesaria para el equipo de diálisis.

Sección 6: Las quejas sobre los servicios de diálisis o de trasplante

Las redes de la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y las Agencias Estatales de Inspección trabajan en forma conjunta para ayudarle con sus quejas sobre los servicios de diálisis y de trasplante renal.

Las redes de ESRD

Las redes de ESRD controlan y mejoran la calidad de los servicios brindados a las personas con ESRD y le ayudan con sus quejas sobre los centros de diálisis o de trasplante. Para obtener el número de teléfono de ESRD en su estado, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene una queja sobre:

- Puede presentar su queja directamente al centro pero no tiene que hacerlo
- Puede quejarse directamente a su centro, pero no tiene que hacerlo.
- El centro o la red debe investigar la queja, trabajar en su nombre para resolverla y ayudarle a entender sus derechos.
- Su red puede investigar una queja y representarlo aun si usted desea permanecer en el anonimato.
- El centro no puede tomar represalias en su contra por presentar una queja.

Comuníquese con su red de ESRD si tiene quejas sobre:

- El personal del centro no lo trata con respeto.
- El personal del centro no le permite comer durante el tratamiento de diálisis y siempre se siente hambriento.
- Los turnos de la diálisis están en conflicto con su horario laboral y el centro no le permite cambiarlos.
- Ha presentado la queja a su centro y estos no la han resuelto.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 49–51.

Agencias Estatales de Inspección

Las Agencias Estatales de Inspección también se encargan de evaluar las quejas sobre los centros de diálisis y de trasplante (así como de los hospitales y otras dependencias) participantes de Medicare y Medicaid. Su agencia puede ayudarle con las quejas como:

- Quejas sobre abuso
- Errores al entregarle o recetarle medicamentos
- Mala calidad del cuidado
- Falta de seguridad (como inquietudes sobre problemas eléctricos, riesgo de incendio o inundación)

Aviso: Para preguntas sobre un servicio específico que recibió, fíjese en su Resumen de Medicare (MSN). Su MSN es un aviso que reciba después de que el médico, otro proveedor de atención de la salud, o suplidores llene una reclamación de servicios de la Parte A o la Parte B de **Medicare Original**. En él se explica lo que el médico, otro proveedor de salud o suplidor facturará, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagará Medicare y lo que debe pagar.

Recibirá el MSN por correo cada tres meses. También puede visitar MyMedicare.gov. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o de pago de Medicare, de su **plan de salud de Medicare** o de su **plan Medicare de medicamentos recetados**, puede apelar la decisión.



Sección 7: Otro tipo de cobertura médica

Hay otros seguros médicos que pueden ayudarle a pagar los servicios que usted necesita para el tratamiento de su insuficiencia renal permanente. Estos seguros incluyen:

- Seguro médico de un empleador o sindicato para empleados o jubilados
- Pólizas de Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)
- Medicaid
- Los beneficios para veteranos

El seguro médico de un empleador o sindicato para empleados o jubilados

Si usted tiene cobertura a través de su empleador actual o antiguo o el de su cónyuge llame al administrador de beneficios para averiguar cuál es la cobertura de servicios que ofrecen para su insuficiencia renal permanente. Si fuese elegible para la cobertura de salud grupal pero no se ha inscrito, llame al administrador de beneficios para averiguar si aún está a tiempo de inscribirse.

Por lo general, los planes de empleador o sindicato tienen tarifas mejores que las que obtendría si usted compra una póliza directamente a una compañía de seguro. Además, los empleadores pueden pagar una parte del costo de la cobertura médica.

Vea las páginas 12–13 para una explicación sobre cuándo su empleador pagará primero y cuándo Medicare será el pagador primario mientras su empleador facilita cobertura suplementaria.

Si usted pierde su cobertura de empleador o sindicato, a lo mejor podrá continuar con su cobertura a través de COBRA. Esta ley federal le permite mantener su cobertura de empleador o sindicato temporariamente después de que haya terminado su empleo o después de perder la cobertura como un dependiente de un empleado cubierto. Hable con su administrador de beneficios para más información.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 49–51.

Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)

Medigap es un seguro de salud vendido por una compañía privada para llenar las “faltas” de cobertura del **Medicare Original**, como los **deducibles** y el **coseguro**. Las pólizas Medigap ayudan a pagar algunos de los costos que no cubre el Medicare Original. Medigap debe cumplir las leyes estatales y federales que protegen a los beneficiarios. Todas las pólizas Medigap deben indicar claramente que son un “seguro suplementario a Medicare” estos proveen beneficios estándares, sin importar la compañía que los venda.

Sin embargo, no todas las compañías venderán pólizas Medigap a los beneficiarios de Medicare menores de 65 años. Si una compañía las vende voluntariamente o porque la ley estatal la obliga, probablemente estas pólizas le costarán más que si las compra cuando tiene 65 años o más.

Las normas de Medigap varían en cada estado. Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico para obtener información sobre la compra de una póliza Medigap si tiene una discapacidad o padece de ESRD (vea las páginas 46–47). Cuando cumpla 65 años tendrá el derecho garantizado de comprar una póliza Medigap.

Medicaid

Este es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían en cada estado. Si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid, casi todos los costos del cuidado de su salud estarán cubiertos, si sus proveedores aceptan dichos programas.

Los estados también tienen Programas Medicare de Ahorros que pagan por algunas o todas las **primas** de Medicare y podrían pagar también los **deducibles** y **coseguro** de ciertas personas que tienen Medicare e ingresos limitados. Para ser elegible para estos programas usted debe tener:

- La Parte A de Medicare.
- En el 2019 un ingreso mensual por debajo de \$1,426 si es un individuo o \$1,923 para una pareja. Estos límites de ingreso son un poco más altos en Alaska y Hawái. Los límites de ingreso pueden cambiar cada año.
- Tener ahorros equivalentes a \$7,730 o menos si es un individuo o de \$11,600 o menos para una pareja. Los ahorros incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o cuenta de ahorros, bonos y acciones.

Para obtener más información sobre estos programas, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios para veteranos

Si usted es un veterano, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos puede ayudarle a pagar por el tratamiento para ESRD. Si desea más información, visite va.gov o llame al Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-829-4833.

Otras maneras de obtener ayuda

En la mayoría de los estados hay agencias y programas para pacientes renales que ayudan con los costos de los servicios médicos que Medicare no cubre. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) si tiene preguntas sobre los seguros médicos. Vea las páginas 46–47.



Sección 8: Dónde puede obtener más información

Hay varias fuentes disponibles para que obtenga información sobre los servicios de diálisis, trasplante y sobre su situación. Además de hablar con su equipo médico, usted puede comunicarse con otros pacientes con Enfermedad Renal en Etapa Terminal a través de las organizaciones de riñón. También puede consultar Medicare.gov o con su red de ESRD local, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico o la Agencia Estatal de Inspección.

Organizaciones especializadas en problemas renales

Hay ciertas organizaciones especiales que pueden darle más información sobre diálisis y trasplante renal. Algunas de ellas tienen miembros que están en tratamiento con diálisis o a quienes se les hizo un trasplante y pueden actuar como grupo de apoyo.

American Association of Kidney Patients (*Asociación Americana de Pacientes Renales*)

14440 Bruce B. Downs Blvd.
Tampa, Florida 33613
1-800-749-2257
aakp.org

American Kidney Fund (*Fondo Americano del Riñón*)

11921 Rockville Pike, Suite 300
Rockville, Maryland 20852
1-800-638-8299
kidneyfund.org

Dialysis Patient Citizens (*Ciudadanos Pacientes de Diálisis*)

1012 14th Street, NW, Suite 1475
Washington, DC 20005
1-866-877-4242
dialysispatients.org

National Kidney Foundation (*Fundación Nacional del Riñón*)

30 East 33rd Street
New York, New York 10016
1-800-622-9010
kidney.org

Las palabras
en color **rojo**
están definidas
en las páginas
49–51.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
(Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales)
9000 Rockville Pike
Bethesda, Maryland 20892
1-800-860-8747
kidney.niddk.nih.gov

Redes para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD en inglés)

Usted puede llamar a la red local de ESRD (vea las páginas 46–47) para obtener información sobre:

- Diálisis
- Trasplante de riñón
- Cómo obtener ayuda de otras organizaciones renales
- Problemas que pudiera tener con su centro
- Ubicación de los centros de diálisis y de trasplante

Su red se asegurará de que reciba el mejor cuidado y además mantiene a los centros al tanto de los asuntos importantes relacionados con el tratamiento de diálisis y el trasplante de riñón. Para obtener el número de teléfono de la Red ESRD en su estado, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)

SHIP son programas estatales que brindan asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. Puede llamar a su SHIP (consulte las páginas 46-47) si tiene preguntas sobre:

- Las pólizas Medigap
- Sus opciones de **planes de salud de Medicare**
- Cómo apelar una decisión
- Preguntas generales sobre los seguros médicos

Visite shiptacenter.org para obtener el número de teléfono de su SHIP. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).



Agencia Estatal de Inspección



La Agencia Estatal de Inspección evalúa los centros de diálisis y se asegura de que cumplan con los estándares de Medicare. También puede ayudarle si tiene una queja sobre la atención que recibe. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) para obtener el número de teléfono de su Agencia Estatal de Inspección. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. **Su llamada y su nombre serán estrictamente confidenciales.**

Números de teléfono importantes

Los números telefónicos de las redes de ESRD y del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico están listados en las páginas 46–47. Al momento de su impresión, los números en esta publicación eran correctos, pero pueden cambiar. Si desea obtener los números actualizados visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) o llame al 1-800-MEDICARE. Para obtener el número de teléfono de la red ESRD de su estado, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente.

La versión impresa contiene información de números de teléfono.

Para la información más reciente de números de teléfono, visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Gracias.

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente.

La versión impresa contiene información de números de teléfono.

Para la información más reciente de números de teléfono, visite shiptacenter.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Gracias.

Sección 9: Definiciones

Asignación—Es un acuerdo por el cual su médico, proveedor o suplidor acepta directamente el pago de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coseguro de Medicare.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Puede que sea menor que la cantidad que le cobra el médico o proveedor. Medicare paga una parte y usted es responsable de pagar la otra parte.

Centro de Enfermería Especializada (SNF)—Un centro de enfermería especializada con el personal y equipo para dar atención de enfermería especializada y en la mayoría de los casos, los servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Cobertura válida de medicamentos recetados—Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de parte de un empleador o sindicato) que se espera se pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen esta clase de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin tener que pagar una penalidad, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Copago—La cantidad que tendrá que pagar por un servicio o suministro, como por ejemplo, la visita médica, la atención ambulatoria en el hospital, o un medicamento. Generalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, tal vez le cobren un copago de \$10 o \$20 por la visita médica o un medicamento.

Coseguro—La cantidad que usted tiene que pagar por los servicios después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro normalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Cuidado a largo plazo—Servicios médicos y no médicos para las personas que no pueden realizar las tareas cotidianas como vestirse o bañarse. Estos servicios pueden brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en una residencia geriátrica. Las personas pueden necesitar este tipo de servicio a cualquier edad. Medicare y la mayoría de los seguros no pagan por el cuidado a largo plazo.

Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)—Los servicios e insumos que su médico ordena que los reciba en su hogar de conformidad con un plan de cuidado. Medicare paga por la atención domiciliaria en forma limitada y solamente si lo ordena su médico.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Gastos del bolsillo—Los gastos de salud y de medicamentos que usted debe pagar de su propio bolsillo porque no están cubiertos ni por Medicare ni por otro seguro.

Medicare Original—El Original Medicare es un plan de pago por servicio que tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Multa—Un cantidad que se agrega a su prima mensual de la Parte B o de la Parte D si usted no se inscribió cuando fue elegible por primera vez. Usted tendrá que pagar esta cantidad extra por todo el tiempo que tenga la cobertura de Medicare. Hay algunas excepciones.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar su problema de salud y que cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Período de Beneficio—La forma en que el Medicare Original mide su uso de servicios del hospital y de los Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital (o de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si es admitido al hospital o a un SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficio. No hay un límite a la cantidad de periodos de beneficio que puede tener.

Plan de Salud de Medicare—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Estos planes incluyen a los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, los Programas Piloto y los Programas de Cuidado Total de la Salud para Ancianos (PACE en inglés). Estas organizaciones son tipos especiales de los planes Medicare que pueden ser ofrecidos por entidades públicas o privadas y proporcionan la Parte D y otros beneficios además de los beneficios de la Parte A y la Parte B.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare proveen todos los beneficios de la Parte A y la Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago-por-Servicio
- Planes para Necesidades Especiales
- Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare son cubiertos por el plan
- Los servicios de Medicare que no son pagados por Medicare Original.
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de medicamentos recetados.

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)—Beneficios opcionales para la cobertura de las recetas médicas disponibles para todos los beneficiarios de Medicare por un costo adicional. Esta cobertura es ofrecida por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Proveedor—Generalmente se refiere a cualquier empresa, persona o agencia que le proporciona un servicio o artículo médico, excepto cuando usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud por cobertura de salud o de medicamentos recetados.



A

Ambulancia 19
Apelaciones 38, 44
Asignación 35, 49
Asociación Americana de Pacientes Renales (American Association of Kidney Patients) 43
Ayuda Adicional 28–30

B

Beneficios de la Administración de Veteranos 39, 41

C

Cantidad aprobada por Medicare 32, 35, 38, 51
Centro de diálisis 17–19
Cobertura Medicare (comienza) 10–11
Cobertura Medicare (terminar) 11
Cobertura válida de medicamentos 30, 49
Compare centros de diálisis 18
Copago 8, 14, 28, 33, 36, 49
Coseguro 8, 14, 28, 32–35, 40, 41, 49
Costos. Vea Pagos
Cuidado a largo plazo 5, 50
Cuidado de la salud en el hogar 5, 31, 33, 34, 50

D

Deducible 8, 14, 28, 33–36, 41, 49
Definiciones 49–52
Diálisis 15–22, 31–34
Diálisis en el hogar 10, 13, 16, 17, 20–21, 31, 34, 36
Diálisis peritoneal 15
Días de reserva vitalicios 5, 50
Discriminación 57

E

Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) 4, 5, 7, 37, 44
Entrenamiento para diálisis en el hogar 10, 13, 16, 17, 31, 33, 34

F

Fondo Americano del Riñón (American Kidney Fund) 43
Fundación Nacional del Riñón, Inc. (National Kidney Foundation, Inc.) 43

G

Gastos del bolsillo 51

H

Hemodiálisis 15

HMO 4, 8, 19, 27, 32, 34

I

Inscripción 9, 10, 13, 14, 30

Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y
Renales 45

Internación 5, 16, 20, 24, 33, 35

L

Laboratorio 16, 24, 31, 35

M

Medicaid 8, 28, 38, 41, 45

Medicamentos inmunosupresores 14, 24–27

Medicare Original 4, 8, 27, 32–35, 38, 40, 51

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) 5, 6, 8, 9, 14, 16, 20,
24, 25, 31, 33, 35, 36, 38, 41, 51

Medicare Parte B (Seguro Médico) 7, 11, 16, 18, 22, 29, 33,
37, 53

Medicare Parte D 10, 29–30, 33–34, 54

Medigap 32, 39, 40, 44, 51

Multa 9, 30

N

Necesarias por motivos médicos 8, 19, 50

Niños 7, 34

Número Kt/V 22

Número URR 22

O

Organizaciones renales 43–44

P

- Paciente ambulatorio 5, 16, 20, 24, 33, 35
- Pagador secundario 12–13
- Pagos
 - Diálisis 32–34
 - Lo que paga Medicare 31
 - Medicare 31
 - Sangre 36
 - Transplante 34–45
- Periodo de beneficio 35–49
- Plan de salud grupal 12–14, 39
- Plan Medicare 7–9, 27, 51
- Plan Medicare Advantage 4, 8, 9, 19, 21, 27, 32, 34, 50
- Plan para Necesidades Especiales 8
- PPO 4, 8, 19, 27, 32, 34
- Primas 6, 9, 14, 27, 28, 30, 31, 32, 41
- Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 19, 30, 40, 42–47
- Proveedor 8, 19, 20, 38

Q

- Quejas 23, 37, 50

R

- Redes de ESRD 37, 44–47
- Retiro Ferroviario 6, 7

S

- Sangre 36
- Seguro Social 6, 7, 9, 29, 31
- Servicio del médico 18, 26, 34, 37
- Servicios del hospital 36

T

- Transporte 19
- Trasplante de páncreas 26
- Trasplante de riñón 6–8, 11, 13, 14, 23–26, 27, 34, 37, 38, 43, 43

V

- Viaje 21

Aviso de Comunicaciones Accesibles

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares para facilitar la comunicación con personas incapacitadas. La ayuda auxiliar incluye materiales en Braille, CD de audio/datos, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si pide información en un formato accesible de CMS, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. Enviar un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Enviar un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, niegan beneficios o discriminan contra ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si considera que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo la posibilidad de tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

- 1. En línea en:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
- 2. Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. TTY: 1-800-537-7697.
- 3. Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado \$300

CMS Producto No. 10128-S
Revisado en diciembre de 2019



This booklet is available in English. To get your copy, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.