



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



La información en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan realizado cambios posteriormente. Para obtener la información actualizada, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov. 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	6
Sección 1: Lo Básico de Medicare	7
¿Qué es Medicare?	7
Lo que cubre Medicare	7
Lo que cuesta Medicare	7
Los costos de la Parte A	7
Los costos de la Parte B	7
Cómo paga por la Parte B	8
¿Quién es elegible?	8
Opciones de Planes Medicare	9
Cómo inscribirse en Medicare	10
¿Cuándo empieza la cobertura de Medicare?	11
¿Cuándo termina la cobertura de Medicare?	12
Cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato?	13
¿Cuándo comienza el período de coordinación de 30 meses?	13
¿Qué ocurre cuando termina el período de coordinación de 30 meses?	14
¿Cómo funciona el período de coordinación de 30 meses si me inscribo en Medicare más de una vez?	14
¿Debo inscribirme en Medicare si ya tengo cobertura de salud grupal de mi empleador o sindicato?	14
Para más información sobre cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato,	15
Medicare para los niños que padecen de ESRD	16
Sección 2: Diálisis Renal	17
¿Qué es la diálisis?	17
Opciones de tratamiento de diálisis	17
¿Cómo sé cuál es el tipo de diálisis que necesito?	17
Servicios e insumos de diálisis cubiertos por Medicare	18
Servicios e insumos de diálisis que NO están cubiertos por Medicare	19
Nuevo sistema de pago de Medicare para los servicios de diálisis	20

¿Qué incluye el nuevo sistema de pago de Medicare? 20

Lo que USTED paga con el nuevo sistema si recibe el tratamiento en un centro de diálisis 21

El pago de Medicare de los servicios para los niños que padecen de ESRD 21

Entrenamiento para auto-diálisis en el hogar 22

 Servicios médicos de entrenamiento para auto-diálisis 22

 Diálisis en el hogar 22

 Visitas médicas mensuales para la diálisis en el hogar 22

 ¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por el equipo para diálisis en el hogar? . . . 23

Diálisis en el hospital 23

 Servicios médicos para pacientes internados 23

 Servicios médicos ambulatorios 23

¿Dónde puedo hacerme los tratamientos de diálisis? 24

¿Cómo encuentro un centro de diálisis? 24

 “Compare los centros de diálisis” 24

¿Cómo averiguo si el tratamiento de diálisis está funcionando bien? 25

Diálisis cuando está de viaje 26

Transporte a los centros de diálisis 27

Sección 3: Trasplante de riñón 29

¿Qué es un trasplante de riñón? 29

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare 30

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores) 31

 ¿Qué son los medicamentos inmunosupresores? 31

 ¿Qué pasa si dejo de tomar mis medicamentos inmunosupresores? 31

 ¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por mis medicamentos inmunosupresores? 31

 ¿Qué pasa si no puedo pagar por mis medicamentos del trasplante? 32

Información especial sobre el trasplante de páncreas 32

Lo que USTED paga por los servicios de trasplante de riñón 33

 ¿Tengo que pagar por el donante del riñón? 33

 Servicios del hospital 33

 Servicios médicos 34

 Servicios de laboratorio 34

Sección 4: Cómo paga Medicare por la sangre 35

Lo que USTED paga por la sangre 35

Donación de sangre 36

 ¿Pueden cobrarme por la sangre que he donado? 36

Sección 5: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados	37
Cuánto cuesta	37
Ayuda Adicional para los más necesitados	38
¿Cómo solicito la Ayuda Adicional?	38
¿Cuándo puedo inscribirme?	39
Sección 6: Quejas y apelaciones	41
Sus derechos de Medicare	41
Los derechos de apelación en el Medicare Original	41
Los derechos de apelación en un Plan Medicare Advantage	42
Cómo presentar una queja	42
Sección 7: Otros seguros médicos	43
El seguro médico de un empleador o sindicato para empleados o jubilados	43
Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)	44
Medicaid	45
Beneficios para veteranos	46
Otras maneras de obtener ayuda	46
Sección 8: Dónde puede obtener más información	47
Organizaciones especializadas en problemas renales	47
Redes para la Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés)	48
Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)	48
Agencia Estatal de Inspección	48
Otras publicaciones de Medicare para paciente renales	49
Números de teléfono importantes	49
Sección 9: Definiciones	53
Índice	55

Introducción

Enterarse de que padece de insuficiencia renal permanente no es fácil. A pesar de que se sienta triste, confundido o frustrado usted puede hacerse cargo de su vida. El solo hecho de estar leyendo esta publicación es un buen comienzo.



Este folleto le explica 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 Terminal**, vea la página 9. Si está inscrito en un **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 esta publicación para entender lo que cubre Medicare, pero tendrá que leer los documentos del plan o llamar a su administrador de beneficios para obtener más información sobre las normas del plan.

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 quienes conforman su equipo de atención médica. Ellos están para ayudarle a decidir qué es lo mejor para usted en su situación.

Si después de leer la publicación tiene preguntas sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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 Terminal** (ESRD por su sigla en inglés) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón)

Lo que cubre Medicare

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

- El cuidado de un paciente internado en el hospital
- Cierta cuidado de enfermería especializada (que no sea cuidado de compañía ni cuidado a largo plazo), el cuidado de hospicio y algunos servicios para el cuidado de la salud en el hogar

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

- Los servicios médicos, el cuidado ambulatorio y el cuidado de la salud en el hogar
- Algunos servicios preventivos que le ayudan a mantenerse saludable y evitan que ciertas enfermedades empeoren

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

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 2011 es \$115.40 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 ESRD y para obtenerla, debe pagar la prima.** Para más información sobre la prima de la Parte B, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 or visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 53–54.



Cómo paga por la Parte B

Cuando usted se inscribe en la Parte B de Medicare, generalmente el pago de la **prima** se deduce de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si usted no recibe alguno de estos pagos (por lo tanto no pueden deducirla), Medicare le enviará la factura de la prima de la Parte B cada tres meses. Usted debe recibir la factura para el 10 del mes. Si no la ha recibido para esa fecha, llame al Seguro Social.

¿Quién es elegible?

Usted puede obtener Medicare sin que importe su edad si sus riñones ya no funcionan y necesita tratamiento de diálisis o le han hecho un trasplante de riñón y satisface las siguientes condiciones:

- Trabajó el tiempo requerido por el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como un empleado del gobierno.
- Recibe o reúne los requisitos para recibir los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.
- Usted es el cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumple los requisitos mencionados anteriormente.

También debe presentar una solicitud y atenerse a cualquier período de espera que se aplique.

Si es elegible para la Parte A de Medicare, también puede obtener la Parte B. Usted decide si se inscribe en la Parte B, sin embargo, **para que Medicare cubra ciertos servicios de diálisis y de trasplante renal usted debe tener las Partes A y B.**

Si no cumple con los requisitos para Medicare, tal vez pueda obtener ayuda de su estado para pagar por los tratamientos de diálisis. Vea las páginas 45–46.

Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 si desea más información sobre el tiempo requerido por el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o en su calidad de empleado del gobierno para ser elegible para Medicare por padecer de ESRD. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede visitar www.socialsecurity.gov.

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, lo más probable es que reciba sus beneficios de salud a través del **Medicare Original**. Éste es un plan de pago por servicio administrado por el gobierno federal. Usted puede consultar a cualquier médico o proveedor que esté inscrito y acepte Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare, o a cualquier hospital o centro médico. 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 Medicare Original, puede agregar la cobertura de medicamentos si se inscribe en un Plan Medicare de Recetas Médicas. Estos planes son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Distintos planes cubren medicamentos diferentes, sin embargo, la mayoría de las medicinas **necesarias por motivos médicos** deben estar cubiertas. Vea las páginas 37–40 si desea información sobre los Planes Medicare de Recetas Médicas.

Normalmente no puede inscribirse en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) si ya padece de ESRD y no han hecho un trasplante de riñón. Sin embargo, usted podrá inscribirse en un plan Medicare para Necesidades Especiales, es un tipo de Plan Medicare Advantage para las personas con ciertas enfermedades crónicas, si hubiera uno para las personas con ESRD disponible en su zona. Estos planes deben brindarle todos los servicios de las Partes A y B. También deben proveer 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. Usted debe usar su tarjeta de identificación del Plan Medicare Advantage en vez de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando consulte a su médico o reciba cualquier otro tipo de servicio.

Opciones de Planes Medicare (continuación)

Si tiene ESRD, pero le hicieron un trasplante de riñón, sigue siendo elegible para los beneficios de Medicare basándose en su edad o discapacidad, puede permanecer en el **Medicare Original** o puede inscribirse en un plan **Medicare Advantage** (como un HMO o PPO).

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. No tiene que hacer uso de este derecho inmediatamente. Si se cambia directamente al Medicare Original después de que su plan actual ya no brinde servicios en su zona, igual tendrá el derecho por única vez de inscribirse en un Plan Medicare Advantage más tarde, siempre que dicho plan esté aceptando nuevos miembros.

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) o visitar <http://go.usa.gov/iWl> para consultarlo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo inscribirse en Medicare

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

Si es elegible para la Parte A, también le ofrecerán la Parte B. Recuerde que ambas son necesarias para poder recibir todos los beneficios de Medicare disponibles si padece de ESRD, y que debe pagar la **prima** por la Parte B. Si decide no obtener la Parte B inmediatamente, sólo la podrá obtener entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Al no inscribirse inmediatamente, el costo de la Parte B aumentará 10% por cada periodo de 12 meses que pudo haber tenido la cobertura pero no se inscribió. Si tiene una cobertura a través de su empleador o sindicato, vea las páginas 13–15.

Nota: 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 recién era elegible, 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?

Cuando se inscribe en Medicare porque padece de ESRD y está en tratamiento de diálisis, su cobertura de Medicare generalmente comienza el primer día del cuarto mes de tratamiento. Por ejemplo, si la diálisis comienza en julio, su cobertura Medicare 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.

Si tiene cobertura de salud grupal de empleador o sindicato, por los primeros 30 meses está cubierto por Medicare, el plan grupal de su empleador o sindicato pagará primero sus gastos de salud y Medicare será el pagador secundario. Para más información detallada vea las páginas 13–15, “Cómo funciona Medicare con la cobertura de salud grupal de empleador o sindicato”.

Si no tiene cobertura de salud grupal de empleador o sindicato, hay otros tipos de seguro y programas que pueden ayudarle con sus gastos de salud. Vea las páginas 44–46.

La cobertura de Medicare puede comenzar tan pronto como el primer mes de diálisis si usted:

- Participa en un programa de entrenamiento para diálisis en el hogar en un centro de entrenamiento aprobado por Medicare para aprender a auto-administrarse el tratamiento en su hogar, y
- Su médico espera que termine el entrenamiento y se haga los tratamientos usted mismo.

La cobertura de Medicare comienza el mismo mes en que le hacen el trasplante. La cobertura de Medicare comienza cuando es admitido en un hospital aprobado por Medicare para que le hagan un 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. Gomez 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.

¿Cuándo comienza la cobertura de Medicare? (continuación)

Importante: Medicare no cubrirá una cirugía u otros servicios que se necesiten en preparación para la diálisis, (como cirugía de acceso sanguíneo [fistula]) si se realiza antes de que comience la cobertura de Medicare. Sin embargo, si usted completa su entrenamiento de auto-administración de diálisis en el hogar, su cobertura de Medicare será retroactiva al mes en que comenzó su entrenamiento y estos servicios podrían ser cubiertos.

La cobertura de Medicare comienza dos meses antes del mes del trasplante, si su trasplante es demorado más de dos meses después de su admisión al hospital para dicho trasplante o por servicios médicos que necesita antes del trasplante.

Ejemplo: La Sra. Morales 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. Morales comenzará el 2 de julio, dos meses **antes** del trasplante.

Nota: Este periodo de espera empieza a correr aunque usted no se haya inscrito en Medicare. Por ejemplo, si no se inscribe hasta después de haber cumplido todos los requisitos y los periodos de espera, su cobertura será retroactiva hasta 12 meses antes del mes en que se inscribió.

¿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 del año siguiente al mes en que terminó el tratamiento de diálisis, o
- 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.

Importante: Recuerde que para obtener los beneficios completos de Medicare para ESRD, usted necesita las Partes A y B de Medicare. Si no paga la **prima** de la Parte B o si decide cancelarla, la cobertura de la Parte B de Medicare terminará.

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. Por lo tanto, si usted tiene cobertura 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 44–46.

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**”). Este período de coordinación dura 30 meses. Durante dicho período Medicare es el pagador secundario.

¿Cuándo comienza el período de coordinación de 30 meses?

El período de espera para 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**. Por 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 cobertura 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.

Cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato (continuación)

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

Al final del período de 30 meses, Medicare pagará primero por todos los servicios cubiertos. El plan de su empleador o sindicato podría pagar por los servicios que no están cubiertos por Medicare. Pregúntele a su administrador de beneficios de su plan.

¿Cómo funciona el período de coordinación de 30 meses si me inscribo en Medicare más de una vez?

Por cada vez que se inscribe en Medicare por su insuficiencia renal permanente, usted tiene un período de coordinación de 30 meses. Por ejemplo, si le hicieron un trasplante de riñón que sigue funcionando por 36 meses, su cobertura de Medicare terminará. Si después de los 36 meses usted se inscribe nuevamente en Medicare porque comienza un tratamiento de diálisis o se le hace otro trasplante, la cobertura comenzará nuevamente de inmediato. No habrá un período de espera de 3 meses hasta que Medicare comience a pagar. Sin embargo, tendrá un nuevo período de coordinación si tiene cobertura de salud a través 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 cubiertas. Si usted tiene derecho a Medicare sólo porque padece de ESRD (no es mayor de 65 ni incapacitado), la Parte B de Medicare pagará por los medicamentos inmunosupresores (vea las páginas 30–32) **sólo si** usted tiene la Parte A cuando le hacen el trasplante y el trasplante fue hecho en una dependencia aprobada por Medicare.

Tenga en cuenta que la Parte B sólo cubrirá sus medicamentos inmunosupresores después de que se haya inscrito en la Parte B. No habrá una cobertura retroactiva.

Nota: Si no reúne las condiciones para obtener la cobertura de la Parte B para los medicamentos inmunosupresores, tal vez pueda obtener cobertura si se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas. Vea las páginas 37–39.

Cómo funciona Medicare con su plan de salud grupal de empleador o sindicato (continuación)

Si su cobertura 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, o
- llame a su administrador de beneficios y pregúntele cómo paga su plan si tiene Medicare.



Medicare para los niños que padecen de ESRD

Medicare cubre a las personas de cualquier edad que padecen de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés). Su niño puede obtener la cobertura si usted o su cónyuge han hecho los aportes (créditos) 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 recibe 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 <http://go.usa.gov/CX9> para ver el folleto “Medicare para los niños que padecen de Enfermedad Renal Terminal: Comencemos”. También puede ir o llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

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.

¿Cómo sé cuál es el tipo de diálisis que necesito?

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 53–54.

Servicios e insumos de diálisis cubiertos por Medicare

Medicare cubre los servicios de diálisis siguientes y ayuda a pagar parte de los costos:

Servicios e insumos	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 aprobados por Medicare)		✓
Servicios médicos ambulatorios. Vea la página 23)		✓
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, alcohol, toallitas, vendajes estériles, guantes de goma y tijeras). Vea las páginas 22–23)		✓
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 22.		✓
La mayoría de los medicamentos para diálisis en el hogar. Vea la página 20)		✓
Otros servicios e insumos que son parte del tratamiento de diálisis (como los análisis de laboratorio).		✓

Para averiguar cuánto le corresponde pagar por estos servicios, vea las páginas 21–23.

Servicios e insumos de diálisis que **NO** están cubiertos por Medicare

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

Servicios e insumos	Cubierto por la Parte A
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 o necesaria para operar el equipo de diálisis	X

Hay algunos seguros que podrían pagar los costos que Medicare no cubre. Vea las páginas 43–46. Si desea más información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare, vea las páginas 37–39.

Nuevo sistema de pago de Medicare para los servicios de diálisis



A partir del 1 de enero de 2011, su centro de diálisis comenzará la transición a un nuevo sistema de pago conocido como Sistema de pago de servicios para ESRD (PPS por su sigla en inglés). Este sistema nuevo “agrupa” o combina todos los servicios de diálisis de la Parte B y los artículos que estaban anteriormente agrupados bajo una tasa compuesta, y aquellos artículos de diálisis o servicios que antes se facturaban separadamente. La tasa compuesta es el antiguo método usado por Medicare para pagarle a los centros de diálisis por los servicios relacionados con dicho tratamiento.

¿Qué incluye el nuevo sistema de pago de Medicare?

El nuevo sistema de pago incluye los siguientes servicios e insumos cubiertos por la Parte B:

- Servicios para diálisis, equipo e insumos que antes eran parte de la tasa compuesta
- Medicamentos inyectables, orales y biológicos, incluidos los agentes estimulantes de eritropoyesis usados en el tratamiento de diálisis. *
- Análisis de laboratorio y otros servicios e insumos para la diálisis
- 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 Parte D. Hable con su médico o equipo médico sobre el uso de cualquier medicamento incluidos los de venta libre.

Lo que USTED paga con el nuevo sistema si recibe 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 (20%) que usted tiene que pagar puede variar en el nuevo sistema de pago PPS. 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 se cobrara).

Nota: Su **copago** del 20% cubre todos los servicios y artículos mencionados en la página 20. Dado que estos servicios y artículos están incluidos en el nuevo 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.

El pago de Medicare de los servicios para los niños que padecen de ESRD

Si usted tiene un hijo menor de 18 años que tiene la cobertura de Medicare porque padece de ESRD, 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.

Entrenamiento para auto-diálisis en el hogar

El entrenamiento para auto-diálisis está cubierto por la Parte B de Medicare si lo hace como paciente ambulatorio y en un centro certificado por Medicare para brindar el entrenamiento. Usted podría ser elegible para el entrenamiento si cree que se beneficiaría con el mismo y su médico está de acuerdo. Las sesiones de entrenamiento se realizarán al mismo tiempo que recibe el tratamiento de diálisis y hay un límite para el número de sesiones.

Servicios médicos de entrenamiento para auto-diálisis

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** de la Parte B (\$162 en el 2011), Medicare paga el 80% de la cantidad fija y usted paga el 20% restante.

Ejemplo: (Lo que usted paga puede variar a lo que se muestra).

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, estos serían los costos a pagar:

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

Diálisis en el hogar

Su centro de diálisis debe proporcionarle todo lo necesario 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). De conformidad con el nuevo sistema de pago, el equipo e insumos para diálisis en el hogar proporcionado directamente por los proveedores de diálisis (conocido anteriormente como Método II) ya no está disponible. 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.

Visitas médicas mensuales para la diálisis en el hogar

Medicare les paga mensualmente a los médicos (y cierto personal no médico, como asistentes de médico o enfermeras licenciadas), por la ayuda que le brindan a los beneficiarios de Medicare para la auto-diálisis en el hogar. Este beneficio incluye visitas en persona una vez al mes. Esta visita personal es un oportunidad para que usted y a su médico hablen sobre su atención, qué tan eficaz es el tratamiento, fijarse que no hayan complicaciones y que usted haga todas las preguntas necesarias.

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

La Parte B de Medicare pagará por el equipo para diálisis en el hogar por todo el tiempo que usted lo necesite. Si ya no necesita el tratamiento de diálisis (por ejemplo porque le hicieron un trasplante), la Parte B dejará de pagar por el equipo.

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.

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** de la Parte B (\$162 en el 2011), Medicare paga el 80% de la cantidad fija y usted paga el 20% restante.

En algunos casos, a su médico se le puede pagar por día si usted recibe servicios por menos de un mes.



Ejemplo: (Lo que usted paga puede ser distinto a los que le mostramos).

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, aquí están los costos:

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

¿Dónde puedo hacerme los tratamientos de diálisis?

El tratamiento de diálisis puede hacerse en su hogar o en un centro de diálisis certificado por Medicare. Para que Medicare pague por sus tratamientos, el centro debe estar aprobado para brindar el servicio de diálisis (aun si ya ofrece otros servicios cubiertos por Medicare).

En el centro de diálisis una enfermera o técnico entrenado puede hacerle el tratamiento. En el hogar, usted puede administrarse el tratamiento con la ayuda de un familiar o amigo. Si decide hacer la diálisis en su hogar, usted y la persona que lo ayuda (si tiene una) recibirán un entrenamiento especial.

Si tiene un problema con el tratamiento que recibe en el centro de diálisis, tiene el derecho de presentar una **queja** para que se resuelva el problema. Vea la página 42, “Presentación de una queja” si desea más información.

¿Cómo encuentro un centro de diálisis?

En la mayoría de los casos, el centro donde trabaja su nefrólogo (especialista en riñón), es donde recibirá el tratamiento de diálisis. Sin embargo, usted puede escoger cualquier otro centro para su tratamiento, en cualquier momento. Tenga en cuenta que esto significa que tal vez deba cambiar de médico.

También puede comunicarse con la red local de ESRD (vea las páginas 50–51) para buscar un centro que le quede cerca. O, puede usar la herramienta “Compare centros de diálisis” en www.medicare.gov/dialysis.

“Compare los centros de diálisis”

“Compare los centros de diálisis” ofrece información importante sobre los centros de diálisis de su zona y del país certificados por Medicare. Visite www.medicare.gov/dialysis. Allí encontrará información sobre qué tan lejos de su domicilio están ciertos centros, sus direcciones y teléfonos y qué tipo de servicios de diálisis ofrecen los centros. Puede comparar los centros por los servicios que ofrecen y por cierta información sobre la calidad de la atención. También encontrará sitios Web, publicaciones y números de teléfonos. Usted puede hablar sobre la información de este sitio Web 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 50-51), para comparar los centros de diálisis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Con el tipo y la cantidad correctos 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. Puede que su vida se acorte.

Algunos pasos a seguir para recibir la diálisis adecuada

- Vaya a todos los tratamientos y llegue a horario.
- 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 cada mes.
- Hable con su médico sobre el acceso vascular para hemodiálisis* que le conviene más
- 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.

* 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.

Diálisis cuando está de viaje

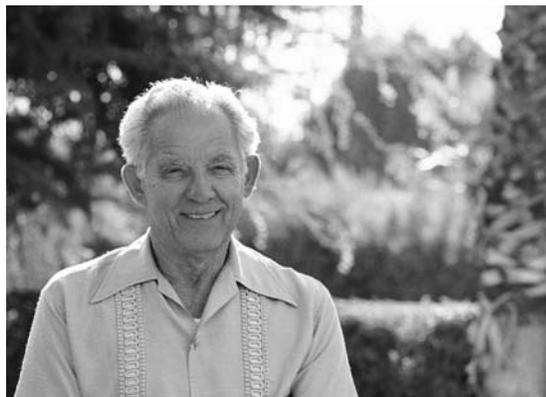
Usted puede viajar dentro de los Estados Unidos aun si necesita tratamiento de diálisis. Su centro de diálisis puede ayudarle a planificar los tratamientos de acuerdo a su itinerario de viaje antes de su partida. Su centro le ayudará averiguando si los otros centros ubicados a lo largo de los sitios 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

Hay más de 5,000 centros en el país. Su centro de diálisis o su red de ESRD (consulte las páginas 50–51) pueden ayudarle a obtener los nombres y direcciones de los centros.

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

Atención: Si obtiene los servicios de diálisis de un **Plan Medicare Advantage**, 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.



Transporte a los centros de diálisis

Medicare pagará por los servicio de ida y vuelta en ambulancia desde su domicilio hasta el centro de diálisis más cercano **solamente** si cualquier otro modo de transporte pudiera poner su salud en peligro.

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 ser 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, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://go.usa.gov/xzP> para leer o imprimir la publicación “La cobertura Medicare de los servicios de ambulancia”.

Visite www.medicare.gov para obtener información sobre los centros de diálisis de su zona certificados por Medicare.





Sección 3: Trasplante de riñón

¿Qué es un trasplante de riñón?

Un trasplante renal es una cirugía que se realiza para colocar el riñón 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, tiene el derecho de presentar una **queja** para solucionar el problema. Si desea más información, consulte “Cómo presentar una queja” en la página 42.



Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 53–54.

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare

Medicare cubre estos servicios y paga parte del costo:

Servicio o suministro	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 31–32. Si desea información sobre los Planes Medicare para Recetas Médicas consulte las páginas 37–39.		✓
Sangre (sangre o unidades de glóbulos rojos empacados, componentes sanguíneos y el costo del procesamiento y transfusión, vea las páginas 35–36).	✓	✓

Aviso: La compra o venta de órganos humanos está penada por la ley. Por lo tanto, Medicare no paga por el riñón(es) usado(s) para el trasplante.

Para averiguar lo que usted paga por estos servicios, consulte las páginas 33–34.

* Estos servicios están cubiertos tanto si se los hace en el hospital aprobado por Medicare donde le harán el trasplante, o en cualquier otro hospital que participe en el Programa 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 al nuevo riñón trasplantado. Usted tendrá que tomar estos medicamentos por el resto de su vida.

Importante: Para que Medicare pague por sus medicamentos inmunosupresores, usted debe cumplir las condiciones mencionadas en la página 14.

¿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, su cobertura terminará 36 meses después del trasplante.

Medicare no pagará por servicios o suministros, incluidos los medicamentos inmunosupresores para los pacientes que no tengan derecho a Medicare.

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, o
- 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.

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare (continuación)

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

Los medicamentos para trasplantados pueden ser muy costosos. 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 43–46 si desea información sobre otros seguros médicos.

Información especial sobre el trasplante de páncreas

Si padece de ESRD y necesita un trasplante de páncreas, Medicare lo cubrirá si:

- se lo realizan al mismo tiempo que el trasplante de riñón.
- 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.

Lo que USTED paga 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**, sus costos pueden ser distintos. Lea los documentos del plan o llámelos para averiguar sobre los costos.

¿Tengo que pagar por el donante del riñón?

No. 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.

Servicios del hospital

Si está inscrito en el Medicare Original, usted paga en el 2011:

- \$1,132 de deducible y ningún coseguro de 1–60 días por cada **periodo de beneficio**
- \$283 por día para los días 61–90 por cada periodo de beneficio
- \$566 por día de reserva de por vida* después del día 90 de cada periodo de beneficio (hasta 60 días en el curso de la 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:

- Nada por los 20 primeros días
- Hasta \$141.50 por día de 21–100 días por cada período de beneficio
- Todos los costos diarios a partir de los 100 días del período de beneficio

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

Servicios médicos

En el **Medicare Original**, usted tiene que pagar el **deducible** anual por la Parte B (\$162 en el 2011). 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.

Servicios de laboratorio

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

Sección 4: Cómo 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. Vea “Donación de sangre” en la siguiente página.

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

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

Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 53–54.

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.

¿Pueden cobrarme por la sangre que he donado?

No. El hospital o el centro de enfermería especializada no puede 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 5: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados

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 30–32. 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.

La cobertura de Medicare de las recetas médicas no cubrirá los medicamentos que pueda obtener a través de la Parte B—como los medicamentos inmunosupresores bajo las condiciones descritas en la página 14. Sin embargo, si no cumple con las condiciones mencionadas en la página 14, 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:

- Un plan Medicare para Recetas Médicas que agrega esta cobertura al **Medicare Original** o a ciertos **Planes de Salud de Medicare**.
- 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.

Cuánto cuesta

La mayoría de los planes Medicare para recetas médicas cobra una **prima** mensual que varía con cada plan. Usted paga esta prima además de la prima de la Parte B. Algunos planes no cobran una prima. Su costo variará de acuerdo a los medicamentos que necesita y al plan que escoja. Además, si usted es una persona de bajos ingresos y recursos limitados, podría obtener Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos. Vea la página 38. Si desea información detallada sobre la cobertura de recetas médicas consulte el manual “Medicare y Usted”.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 53–54.

Ayuda Adicional para los más necesitados

Medicare brinda ayuda adicional para pagar por los costos de los medicamentos de los beneficiarios que están dentro 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 debe ser menos de \$16,335 (\$22,065 si está casado y usted y su cónyuge viven juntos), y sus recursos pueden sumar hasta \$12,640 (\$25,260 si está casado y viven juntos). Estas cantidades son para el 2012.

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, pertenencias, tumba, hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona) y su seguro de vida.

Nota: Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana les brindan ayuda a sus residentes para pagar los costos de Medicare. Este subsidio no es igual a la Ayuda Adicional. Llame a la oficina local de ayuda médica (Medicaid) para obtener más información.

¿Cómo solicito la Ayuda Adicional?

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

Si a usted no se la otorgaron automáticamente, llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, visite www.socialsecurity.gov o solicítela en la oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid). Los usuarios de TTY deberán 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.

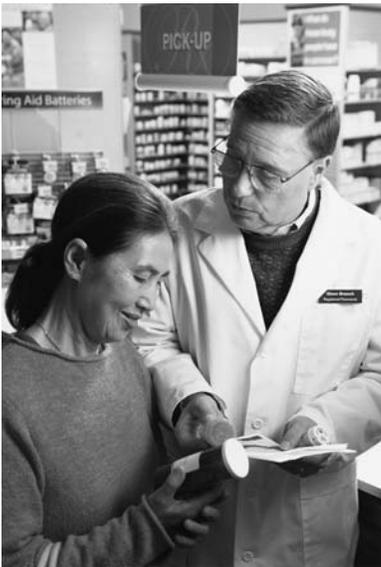
Si la solicita y reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional, puede escoger un plan o dejar que Medicare lo haga por usted. Medicare le enviará una carta diciéndole cuál es el plan que le escogieron y cuándo comienza su cobertura. Asegúrese de que el plan en el que está inscrito cubra los medicamentos 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 página 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, pero tendrá que pagar una multa por inscribirse tarde. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente. Sin embargo, si se inscribe durante ese período y durante 63 días seguidos o más no tuvo cobertura válida de recetas médicas (cobertura que es en promedio tan buena como la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados), puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Esta cantidad aumenta con cada año que usted está sin cobertura válida de medicamentos. Usted pagará esta penalidad por 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.

Si desea más información sobre la cobertura Medicare de recetas médicas, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico. Vea las páginas 50–51.



Sección 6: Quejas y apelaciones

Sus derechos de Medicare

Si está inscrito en Medicare, tiene ciertos derechos garantizados que lo protegen. Uno de estos derechos es el de apelar las decisiones sobre el pago o los servicios de atención médica. **Usted tiene el derecho de apelar y de presentar una queja ya sea que esté inscrito en el Medicare Original o en un Plan Medicare Advantage.**

Apelaciones

Una apelación es la acción que toma si no está de acuerdo con la cobertura o la decisión de pago de Medicare, su **Plan de salud de Medicare** o su plan de Medicare de medicamentos recetados. Usted puede apelar si Medicare o su plan le deniega:

- Un servicio, suministro o medicamento que cree que debería recibir
- El pago de un servicio, insumo o medicamento que ya recibió
- Un pedido de cambio de la cantidad que usted debe pagar por un medicamento recetado

Usted también puede apelar si Medicare o su plan deja de pagar por todo o parte de un artículo o servicio que usted piensa que todavía sigue necesitando.

Los derechos de apelación en el Medicare Original

Si está inscrito en el **Medicare Original**, puede apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago. Si lo hace, pídale a su médico o proveedor que le proporcione cualquier tipo de información relacionada con la reclamación que pudiera contribuir a su caso. Sus derechos de apelación aparecen en el reverso del Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) que le envía por correo la compañía privada que se encarga de la facturación en nombre de Medicare. El resumen también le explica el motivo por el cual Medicare no pagó la reclamación y cómo puede apelar la decisión. Por favor revise sus avisos de Medicare atentamente y siga las instrucciones antes de solicitar una apelación.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 53–54.

Los derechos de apelación en un Plan Medicare Advantage

Si está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** o en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados, puede solicitar una apelación por cualquiera de los motivos mencionados arriba. Lea los documentos del plan, comuníquese con ellos para obtener detalles sobre sus derechos de apelación, o visite <http://go.usa.gov/low> para consultar la publicación titulada “Sus derechos y protecciones de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cómo presentar una queja

Una **queja** es distinta a una apelación. Una queja es por problemas que usted tiene con la manera en que le brindan los servicios. Si tiene un problema con su centro de diálisis:

- Hable con su médico, enfermero o administrador del centro primero para ver si puede resolver el problema. La mayoría de los problemas pueden solucionarse en el centro donde recibe los servicios.
- Si después de hablar con su equipo médico el problema no se resuelve, puede presentar una queja (por escrito) al centro.

Cada dependencia tiene una política de quejas para tratar de solucionar sus inquietudes y problemas. Si no conoce la política de su centro solicite una copia.

Si presenta una queja al centro y siente que el problema no está solucionado, tiene derecho a presentar la queja a la red de ESRD de su zona. Vea las páginas 51–52. Llame a la red de ESRD para preguntar qué debe hacer para presentar una queja. También puede llamar a la Agencia Estatal de Inspección para presentar una queja sobre la calidad de la atención. **Su llamada así como su identidad serán totalmente confidenciales.** Llame al 1-800-MEDICARE y pida el número de teléfono de la Agencia Estatal de Inspección. También puede visitar www.medicare.gov/contacts.

Sección 7: Otros seguros médicos

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 Medigap (seguro suplementario a Medicare)
- Medicaid
- Beneficios para veteranos

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

Si usted tiene la cobertura de salud grupal 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 tiene 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 13–15 para una explicación sobre cuándo su empleador pagará primero y cuándo Medicare será el pagador primario y su empleador el pagador secundario.

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 53–54.

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Una póliza 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. El seguro 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”.

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 lame 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 51–52). Cuando cumpla 65 años tendrá el derecho garantizado de comprar una póliza Medigap.

Si desea más detalles sobre las pólizas Medigap, visite www.medicare.gov.

✓ Seleccione Localizador de recursos” y luego ”Publicaciones y podcasts” para imprimir o leer “Selección de una póliza Medigap: Una guía de seguro de salud para las personas con Medicare”.

✓ Seleccione Localizador de recursos” y luego “Pólizas Medigap” para obtener información sobre las pólizas Medigap en su estado. Al usar este sitio Web, usted obtendrá un resumen personalizado con información general que le ayudará a comparar los planes de su zona. Usted puede obtener información detallada sobre todos los planes disponibles en su zona, o solamente de los planes que le interesan. Este sitio Web contiene la información siguiente:

- cuáles son las pólizas Medigap que se venden en su estado
- la comparación de las pólizas Medigap
- lo que cubre cada póliza
- cuáles son los gastos directos de su bolsillo

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad puede ayudarle a buscar esta información.

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.
- Tener en el 2011, un ingreso mensual por debajo de \$1,246 si es un individuo o \$1,675 para una pareja. Estos límites de ingreso son un poco más altos en Alaska y Hawai. Los límites de ingreso pueden cambiar cada año.
- Tener ahorros equivalentes a \$6,680 o menos si es un individuo o de \$10,020 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, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite información sobre los “ahorros para los beneficiarios de Medicare”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios para veteranos

Si usted es un excombatiente, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos puede ayudarle a pagar por el tratamiento para ESRD. Si desea más información, llame al Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-829-4833. Si usted (o su cónyuge) está en servicio activo o es un jubilado de las Fuerzas Armadas, llame al Departamento de Defensa al 1-800-538-9552 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-363-2883.

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 Seguros Médico (SHIP por su sigla en inglés) si tiene preguntas sobre los seguros médicos. Vea las páginas 50–51.

Sección 8: Dónde puede obtener más información

Hable con su equipo médico para obtener más información sobre diálisis renal, trasplantes y su situación específica.

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)

3505 E. Frontage Rd.

Ste. 315

Tampa, Florida 33607

1-800-749-2257

www.aakp.org

American Kidney Fund

(Fondo Americano del Riñón)

6110 Executive Blvd., Suite 1010

Rockville, MD 20852

1-800-638-8299

www.kidneyfund.org

National Kidney Foundation, Inc.

(Fundación Nacional del Riñón, Inc.)

30 East 33rd Street

New York, NY 10016

1-800-622-9010

www.kidney.org

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse

3 Information Way

(Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Urológicas y Renales)

Bethesda, Maryland 20892-3580

1-800-891-5390

www.kidney.niddk.nih.gov

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 53–54.

Redes para la Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés)

Usted puede llamar a la red local de ESRD (vea las páginas 50–51) para obtener información sobre:

- Diálisis o trasplante renal
- Cómo obtener ayuda de otras organizaciones renales
- Problemas que pudiera tener con su centro y que no han sido resueltos después de discutirlos con el personal del centro
- Ubicación de los centros de diálisis y de trasplante

Su red de ESRD 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.

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

Llame al su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea las páginas 50–51) si tiene preguntas sobre:

- Las pólizas Medigap
- Sus opciones de planes Medicare
- Cómo solicitar una apelación
- Preguntas generales sobre seguros médicos

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. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite el número de teléfono de su Agencia Estatal de Inspección. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, visite www.medicare.gov/contact. **Su llamada y su nombre serán estrictamente confidenciales.**

Otras publicaciones de Medicare para paciente renales

Para imprimir o leer estas publicaciones, visite www.medicare.gov/publications. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si tienen copias impresas disponibles. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

1. “Usted puede vivir: Su guía para vivir con insuficiencia renal”
Esta guía le brinda información importante sobre el tratamiento para la insuficiencia renal, cómo mejorar los tratamientos y llevar una vida más saludable. También le ofrece consejos para trabajar con su equipo médico y a quién pedir ayuda si tiene alguna inquietud o necesita más información sobre la insuficiencia renal.
2. “Prepárese para emergencias: Una guía para personas en diálisis”
Esta guía le brinda datos importantes sobre qué hacer en caso de una emergencia que lo deja sin agua ni electricidad. Le indica lo que debe tener preparado, le proporciona una lista de los elementos que debe tener a mano en caso de emergencia y también ideas útiles sobre cómo manejar la situación hasta que todo vuelva a la normalidad.
3. “Compare centros de diálisis”
Este folleto le brinda información sobre la herramienta de comparación de centros de diálisis que encontrará en www.medicare.gov.
4. “La cobertura de Medicare de diálisis y los beneficios de trasplante renal: Cómo empezar”
Este folleto le explica los beneficios básicos de Medicare para las personas con insuficiencia renal.
5. “Medicare para los niños con enfermedad renal terminal: Comencemos”
Este folleto le brinda información sobre la cobertura de Medicare para los niños con insuficiencia renal permanente.

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 51–52. Al momento de su impresión, los números en esta publicación eran correctos, pero pueden cambiar. Si desea obtener los números actualizados llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-484-2048. O, visite www.medicare.gov/contacts.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Sección 9: Definiciones

Asignación—Es un acuerdo por el cual su médico 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, incluido lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague. Puede que sea menor que la cantidad que le cobra el médico o proveedor.

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%).

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.

Enfermedad Renal en Etapa Final—Insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón.

Medicare Original—El Medicare Original es un plan de pago-por-servicio donde el gobierno les paga a sus proveedores de la salud directamente por los beneficios de la Parte A y/o B.

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

Pagador secundario—La póliza de seguro, plan o programa que paga en segunda instancia por una reclamación médica. Según la situación, el pagador secundario podría ser Medicare, Medicaid u otro seguro.

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 por su sigla en inglés).

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. Los Planes Medicare Advantage incluyen a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, las Organizaciones de Proveedores Preferidos, los Planes Privados de Pago-por-Servicio, los Planes para Necesidades Especiales y los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, todos los servicios de Medicare son cubiertos por el plan y no por el Medicare Original. La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura de medicamentos recetados.

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.

Queja—Usted puede presentar una queja sobre la atención que le brinda el plan de Medicare o el plan de medicamentos recetados. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre los problemas que tiene cuando llama al plan o la conducta del personal o los servicios. Sin embargo, si usted indica que no está de acuerdo con una decisión sobre el pago de los servicios, suministros o recetas, presenta una apelación no una queja.

A

- Apelaciones 41–42, 48
- Asignación 34, 53
- Asociación Americana de Pacientes Renales
American (Association of Kidney Patients) 47
- Ayuda Adicional 37–38

B

- Beneficios de la Administración de Veteranos 46

C

- Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Urológicas y Renales
(National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse) 47
- Cobertura Medicare (comienza) 11–12
- Cobertura Medicare (termina) 12
- Coseguro 9, 15, 21–23, 33–35, 38, 44–45, 53

D

- Deducible 9, 15, 22–23, 33–35, 38, 44–45, 53
- Definiciones 53–54
- Diálisis 6–8, 11–14, 17–27
 - Cómo encontrar un centro de diálisis 24
 - Lo que está cubierto 18
 - Lo que no está cubierto 19
 - Transporte al centro de diálisis 27
 - Viajes 26
- Diálisis en el hogar 11, 18–19, 22–24
 - Entrenamiento 11, 13, 18–20

F

- Fondo Americano del Riñón (*American Kidney Fund*) 47
- Fundación Nacional del Riñón, Inc.
(National Kidney Foundation, Inc.) 47

H

- HMO 9–10

I

- Inscripción (Medicare) 10

M

- Medicaid 45
- Medicamentos inmunosupresores 14, 30–32, 37
- Medicare Original 6, 9–10, 21–23, 33–34, 37, 41–42, 44, 53
- Medicare Parte A (Seguro de Hospital) 7–10, 12, 14–15, 30, 35, 45
- Medicare Parte B (Seguro Médico) 7–8, 10, 12, 14–15, 30, 35, 37

N

- Niños 16, 21, 49
- Números de teléfono para obtener ayuda 47, 49–51

O

- Organizaciones renales 47

P

- Pagador secundario 13, 53
- Palabras importantes 53–54
- Período de beneficio 33, 54
- Plan de salud grupal de empleador 11, 13–15, 43
- Planes Medicare Advantage 9–10, 26, 54
- Plan Medicare para Necesidades Especiales 9
- Póliza Medigap 44
- Primas 7–8, 10, 15, 21, 37–38, 45, 54
- Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) 24, 39, 44, 46, 48, 50–51

Q

- Quejas 24, 29, 42, 54

R

- Redes de ESRD 24, 26, 42, 48, 50–51
- Retiro Ferroviario 8, 16

S

- Sangre 19, 29–30, 35–36
- Seguro Social 7–8, 10, 16, 38

T

- Trasplante de páncreas 32
- Trasplante de riñón 7, 29–34
 - Lo que está cubierto 30
 - Lo que usted paga 33
 - Medicamentos 14, 30–32

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado \$300

CMS Producto No. 10128-S
Revisado en febrero de 2011



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.