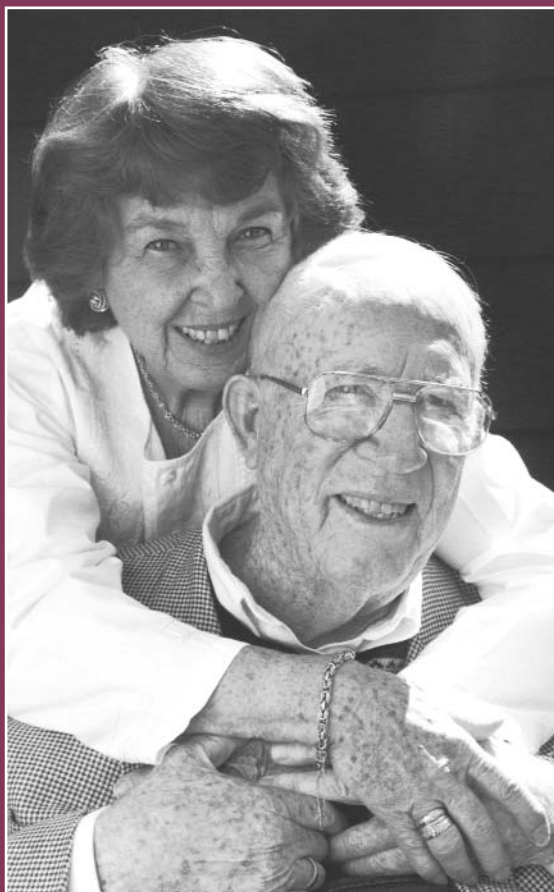




CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón

Si usted padece de insuficiencia renal permanente, 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 obtener ayuda



Busque Lo Que Desea Saber

Introducción 4

1 Lo Básico de Medicare

¿Qué es Medicare?	5
¿Qué cubre Medicare?	5–6
¿Quién es Elegible?	6–7
Opciones de Planes Medicare	7–8
La Inscripción en Medicare	8
¿Cuándo Comienza la Cobertura de Medicare?	9–10
¿Cuándo Termina la Cobertura de Medicare?	10
¿Cómo Funciona Medicare con su Plan de Salud Grupal de Empleador o Sindicato	11–13
Medicare para los Niños que Padecen de ESRD	14

2 Diálisis Renal

¿Qué es la Diálisis Renal?	15
¿Dónde Puede Hacerse el Tratamiento de Diálisis?	15
¿Cómo Encontrar un Centro de Diálisis?	15–16
Opciones para el Tratamiento de Diálisis en el Hogar	16
¿Cómo Averiguo si el Tratamiento de Diálisis está Funcionando Bien?	17
Servicios y Suministros de Diálisis Cubiertos por Medicare	18–19
Servicios y Suministros para Diálisis que NO están Cubiertos por Medicare	19
Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis	20–25
Diálisis en un Centro de Diálisis	20
Diálisis en el Hospital	20
Servicios Médicos	21–22
Entrenamiento para Auto-Diálisis Diálisis en el Hogar	23
¿Qué Opción de Pago Escoger para el Tratamiento de Diálisis en el Hogar?	24
Diálisis Cuando Viaja	25
Transporte al Centro de Diálisis	26

3 Trasplante de Riñón

¿Qué es el Trasplante de Riñón?	27
¿Dónde se Puede Hacer el Trasplante de Riñón?	27
Servicios de Trasplante de Riñón Cubiertos por Medicare	28
Medicamentos Inmunosupresores	29
Información Especial Sobre el Trasplante de Páncreas	30
Lo que USTED Paga por los Servicios de Trasplante de Riñón	31–32
¿Tengo que Pagar por el Donante del Riñón?	31
Servicios del Hospital	31
Servicios Médicos	32
Servicios de Laboratorio	32

Busque Lo Que Desea Saber

4	Cómo Medicare Paga por la Sangre	
	Lo que USTED Paga por la Sangre	33
	Cómo Reemplazar la Sangre	34
5	La Cobertura Medicare para Recetas Médicas	
	El Costo	35
	Ayuda Adicional para los Más Necesitados	36
	Compare los Planes e Inscríbase	37
	Cuándo Puede Inscribirse	37–38
6	Quejas y Apelaciones	
	Sus Derechos Medicare	39
	Los Derechos de Apelación en el Plan Original de Medicare	39
	Los Derechos de Apelación en un Plan Medicare Advantage	39
	Para Presentar una Queja	40
7	Otros Seguros Médicos	
	Cobertura de Empleado o Retirado de un Empleador o Sindicato ...	41
	Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)	42
	Medicaid	43
	Beneficios para Veteranos	44
	Otras Maneras de Obtener Ayuda	44
8	Dónde Puede Obtener Más Información	
	Organizaciones para asuntos renales	45
	Redes para Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)	46
	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	46
	Agencia Estatal de Inspección	46
	Otras Publicaciones de Medicare para Pacientes Renales	47
	Números de Teléfono Importantes	48–50
9	Palabras Que Debe Conocer	
	(Definición de las palabras escritas en rojo)	51–52
10	Índice	
	(Una lista alfabética de los temas de esta publicación)	53–54

Introducción

Enterarse de que padece de insuficiencia renal permanente no es fácil. Aun cuando 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.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Este folleto le explica cómo el Plan Original de Medicare le ayuda a pagar por los servicios de diálisis y trasplante renal. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)*, su plan debe proporcionarle al menos la misma cobertura que el Plan Original de Medicare aunque las normas puedan ser diferentes. Sus costos, derechos, protecciones u opciones sobre dónde obtener la atención médica pueden ser distintos si está en un Plan Medicare Advantage, y puede que tenga beneficios adicionales. Lea los documentos del plan o llame a su administrador de beneficios para obtener más información.

Esta publicación no contiene información detallada sobre la insuficiencia renal, los tratamientos de diálisis y el trasplante de riñón. Para averiguar más sobre estos temas, hable con su equipo de atención médica. Sus médicos, enfermeras, asistentes sociales, dietistas y técnicos de diálisis son quienes conforman su equipo de atención médica. Ellos están para ayudarle. También debe hablar con su médico sobre sus opciones de tratamiento. Usted y su médico pueden decidir qué es lo que le conviene más de acuerdo a su situación.

Enterarse acerca de Medicare puede ser algo confuso. Si después de leer la publicación tiene preguntas, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede fijarse en la página 48 si desea obtener los teléfonos de quienes podrían ayudarle. Si lo desea, puede hablar con el asistente social del centro de diálisis o de trasplante para que le explique qué cubre y qué no cubre Medicare.

* En la mayoría de los casos, usted no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage si padece de Enfermedad Renal en Etapa Final (vea la página 8).

1

Lo Básico de Medicare



¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro de salud para las personas:

- de 65 años o mayores
- menores de 65 años con ciertas incapacidades
- de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón – a veces se le conoce por su sigla en inglés ESRD).

¿Qué Cubre Medicare?

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

- la internación en un hospital
- cierto cuidado de enfermería especializada
- el cuidado de hospicio
- algunos servicios del cuidado de la salud en el hogar

Los Costos de la Parte A de Medicare

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.

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

- los servicios médicos
- el cuidado ambulatorio en el hospital
- otros servicios médicos que no están cubiertos por la Parte A (como la terapia física y ocupacional)

La Parte B ayuda a pagar por estos servicios y suministros cubiertos cuando sean necesarios por razones médicas.

Para más detalles sobre lo que cubre Medicare, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov por Internet.

Lo Básico de Medicare

¿Qué Cubre Medicare? (continuación)

Los Costos de la Parte B de Medicare

Todas las personas con Medicare deben pagar una prima mensual por la Parte B. La prima estándar para el 2007 es \$93.50 al mes. La prima mensual puede cambiar cada año. Cualquier cambio en el monto de la prima entrará en vigencia el 1 de enero de cada año. Esta cantidad puede ser más elevada si usted no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez.

Además, si es soltero/a y su ingreso anual es más de \$80,000 o casado/a y el ingreso anual suyo y de su cónyuge combinados excede los \$160,000, su prima mensual será más alta. Si desea más información sobre la prima de la Parte B, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

El Pago de la Prima de 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, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal. Si usted no recibe alguno de estos pagos, Medicare le enviará la factura de la prima 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 al 1-800-772-1213.

Recuerde, usted debe pagar la prima mensual por la Parte B de Medicare. Si no lo hace, o si decide cancelarla, su cobertura de la Parte B terminará. Para obtener los beneficios completos de Medicare para ESRD, usted necesita la Parte B de Medicare.

¿Quién es Elegible?

Usted puede obtener la Parte A de 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

- trabajó el tiempo suficiente bajo el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno; o
- recibe o reúne los requisitos para recibir los beneficios del Seguro Social (SSA por su sigla en inglés), de la Oficina de Administración de Personal (OPM por su sigla en inglés) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés); o
- es el cónyuge o hijo dependiente de una persona que ha trabajado el tiempo requerido aportando al Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno, o está recibiendo los beneficios del Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario o una jubilación Federal.

Lo Básico de Medicare

¿Quién es Elegible? (continuación)

Si obtiene 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 43–44).

* 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 Ferroviaria o en su calidad de empleado del gobierno para ser elegible para Medicare por padecer de ESRD, o visite www.socialsecurity.gov.

Opciones de Planes Medicare

Medicare ofrece varias opciones para recibir su cobertura de salud y de recetas médicas. 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 Plan Original de Medicare. Este es un plan de pago por servicio administrado por el gobierno federal. Usted puede consultar a cualquier médico o proveedor inscrito en Medicare y que esté aceptando nuevos pacientes de Medicare, o a cualquier hospital u otro centro de salud. 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 una parte y usted paga la otra parte (coseguro o copago) de los servicios y suministros cubiertos por Medicare.

Cuando está inscrito en el Plan Original de Medicare, puede agregar la cobertura de medicamentos si se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas. Estos planes son administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes cubren medicamentos diferentes, sin embargo, la mayoría de las recetas necesarias por motivos médicos deben estar cubiertas. Vea las páginas 35–38 si desea información sobre los Planes Medicare para Recetas Médicas.

También puede tener la opción de inscribirse en un Plan Medicare para Necesidades Especiales si hubiese uno disponible en su zona para las personas que padecen de ESRD. Estos planes no están disponibles en todas las zonas y sólo unos pocos atienden a los beneficiarios con ESRD. Los Planes Medicare para Necesidades Especiales son un tipo de Plan Medicare Advantage. Están diseñados para aquellas personas que padecen de ciertas enfermedades crónicas y tienen otras necesidades de salud especiales. Estos planes deben brindar todos los servicios cubiertos por las Partes A y B. También tienen que brindar cobertura de recetas médicas (Parte D).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Lo Básico de Medicare

Opciones de Planes Medicare (continuación)

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Si le hicieron un trasplante de riñón, usted puede inscribirse en el Plan Original de Medicare o tal vez en un Plan Medicare Advantage como un HMO o PPO en situaciones limitadas.

Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage, puede quedarse en ese plan o puede inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado.

Si su Plan Medicare Advantage abandona el Programa Medicare o 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 cambia directamente al Plan Original de Medicare después de que su plan actual abandone el programa o 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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633427) o visitar www.medicare.gov por Internet.

La Inscripción en Medicare

Si necesita Medicare porque padece de ESRD (insuficiencia renal permanente), puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare basándose en que padece de ESRD, llamando o visitando la oficina local del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Para evitar tener que pagar un prima más alta por la Parte B, debe inscribirse en la Parte B en cuanto solicite su inscripción a Medicare por padecer de ESRD. El costo de la Parte B aumentará hasta un 10% por cada período de 12 meses durante los cuales pudo haberse inscrito en la Parte B y no lo hizo. Si tiene cobertura de salud de su empleador o sindicato, consulte las páginas 11–13.

Si ya está pagando una prima más cara porque no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible para Medicare por su discapacidad o por su edad, la prima será reducida al precio estándar (actualmente \$93.50) cuando sea elegible para Medicare por padecer de ESRD. Llame a la oficina del Seguro Social para hacer una cita para inscribirse en Medicare debido a que padece de ESRD.

Lo Básico de Medicare

¿Cuándo Comienza la Cobertura de Medicare?

Cuando se inscribe en Medicare porque padece de ESRD (insuficiencia renal permanente) 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.

Si tiene cobertura de salud grupal de empleador o sindicato, su cobertura Medicare comenzará al cuarto mes de su tratamiento de diálisis. El plan grupal de su empleador o sindicato pagará primero sus gastos de salud y Medicare será el pagador secundario por un período de coordinación de 30 meses. Si desea más información vea las páginas 11–13, “Cómo Trabaja 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 la páginas 42–44).

Tres Maneras En Las Que Podría Obtener su Cobertura Medicare Más Rápido

- 1. La cobertura de Medicare puede comenzar tan pronto como al 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
 - comienza el entrenamiento para diálisis en el hogar antes del cuarto mes de tratamiento de hemodiálisis; y
 - se espera que termine el entrenamiento y se haga los tratamientos usted mismo.
- 2. La cobertura de Medicare comienza el mismo mes en que es admitido/a a un hospital aprobado por Medicare para que le hagan un trasplante o para los servicios de salud que necesita antes del trasplante si,**
 - su trasplante se realiza en el mismo mes o en los dos meses siguientes

Importante: Medicare no cubrirá una cirugía u otros servicios que se necesiten en preparación para la diálisis, como cirugía de fístula (acceso sanguíneo) si se realiza antes de que comience la cobertura de Medicare.

Lo Básico de Medicare

¿Cuándo Comienza la Cobertura de Medicare? (continuación)

Tres Maneras En Las Que Podría Obtener su Cobertura Medicare Más Rápido (continuación)

3. 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 de salud que necesita antes del trasplante.

Ejemplo

La Sra. García 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. García comenzará en julio, dos meses antes del trasplante.

¿Cuándo Termina la Cobertura de Medicare?

Si usted tiene 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.

Lo Básico de Medicare

¿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 (vea la página 9). 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 usted también tenga otro tipo de cobertura).*

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Una vez que es elegible para Medicare por padecer de ESRD (generalmente al cuarto mes de diálisis), si se inscribe, igual habrá un período durante el cual su cobertura de salud grupal de empleador o sindicato continuará pagando sus 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 de beneficios dura 30 meses. Durante dicho período a Medicare se le llama el “pagador secundario”).

¿Cuándo Comienza el Período de Coordinación de Beneficios de 30 Meses?

Aviso: El período de 30 meses de coordinación de beneficios 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 en junio, el período de 30 meses comenzará el 1 de septiembre, al cuarto mes del tratamiento de diálisis.

Si usted toma un curso en el entrenamiento de auto-diálisis, o recibe un trasplante del riñón durante el período de espera de tres meses, el período de coordinación de los 30-meses comenzará antes (vea las páginas 9–10). Durante este tiempo, 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.

* 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 41–44).

Lo Básico de Medicare

¿Cómo Funciona Medicare con su Plan de Salud Grupal de Empleador o Sindicato? (continuación)

¿Qué Ocurre Cuando Termina el Período de Coordinación de Beneficios 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.

¿Cómo Funciona el Período de Coordinación de Beneficios de 30 Meses si Usted se Inscribe 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 beneficios 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 de beneficios si tiene cobertura de salud a través de su empleador o sindicato.

¿Debo Inscribirme en Medicare por Padecer de ESRD si ya Tengo Cobertura de Salud Grupal de mi Empleador o Sindicato?

No, pero debe pensarlo bien. Si ya tiene cobertura de empleador o sindicato, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Si le hacen un trasplante de riñón, la Parte B de Medicare pagará por los medicamentos inmunosupresores (vea las páginas 28-29) sólo si usted tiene la Parte A cuando le hacen el trasplante y:
 - Medicare paga por el trasplante; o
 - Medicare no paga por el trasplante porque paga después (pagador secundario) de su plan de salud grupal de empleador o sindicato, o
 - Usted tiene derecho a Medicare por su edad o por una incapacidad

En cada instancia, el trasplante debe haber sido hecho en una dependencia aprobada por Medicare. Además de las condiciones mencionadas arriba, en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores usted debe tener la Parte B de Medicare.

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.

Lo Básico de Medicare

¿Cómo Funciona Medicare con su Plan de Salud Grupal de Empleador o Sindicato? (continuación)

¿Debo Inscribirme en Medicare por Padecer de ESRD si ya Tengo Cobertura de Salud Grupal de mi Empleador o Sindicato? (continuación)

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

2. Si su cobertura de salud grupal le cobra un deducible anual o coseguro, podría conseguir ayuda para pagar esos costos si se inscribe en las Partes A y B de Medicare.
3. 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 beneficios de 30 días. Si retrasa su inscripción, no tendrá que pagar la prima de la Parte B por una cobertura que aún no necesita. Después de período de 30 días, usted debe inscribirse en las Partes A y B. La prima que paga por la Parte B 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 usted tiene Medicare

Lo Básico de Medicare

Medicare para los Niños que Padecen de ESRD

La cobertura de Medicare basada en una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés) cubre a todos los beneficiarios incluyendo a los niños. Medicare puede ayudar a pagar los costos médicos de su niño si necesita diálisis regularmente porque sus riñones ya no funcionan, o porque le han hecho un trasplante de riñón. Usted o su cónyuge deben haber hecho los aportes (créditos) requeridos por el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno Federal.

Use la información de esta publicación para obtener respuestas a sus preguntas. 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.

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.

¿Dónde Puede Hacerse el Tratamiento de Diálisis?

El tratamiento de diálisis puede hacerse en su hogar o en un centro médico. 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 pueden 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 recibirán un entrenamiento especial. (Vea la página 16, “Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar”.)

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 40, “Presentación de una queja”, si desea más información.

¿Cómo Puede Encontrar un Centro de Diálisis?

En la mayoría de los casos, el centro con el que trabaja su urólogo (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 tal vez deba cambiar de médico.

También puede comunicarse con la red local de ESRD (vea la página 46) para buscar un centro que le quede cerca. O, puede usar la herramienta “Compare Centros de Diálisis” en Internet (consulte la página siguiente para más información).

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Diálisis Renal

¿Cómo Puede Encontrar un Centro de Diálisis? (coninuación)

“Compare Centros de Diálisis” en Internet

“Compare Centros de Diálisis” ofrece información importante sobre los centros de diálisis de su zona y del país certificados por Medicare. Visite www.medicare.gov y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Compare Centros de Diálisis”. Allí encontrará información sobre qué tan lejos de su domicilio están ciertos centros, direcciones y teléfonos, qué tipo de servicios de diálisis ofrecen los centros, etc. Puede comparar los centros por los servicios que ofrecen y por cierta información sobre la calidad de la atención. También encontrará sitios Web y publicaciones. 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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, para comparar los centros de diálisis.

Opciones para el Tratamiento de Diálisis en el Hogar

Hay dos tipos de tratamiento de diálisis que pueden realizarse en el hogar: Hemodiálisis y diálisis peritoneal

1. **La hemodiálisis** 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 AveriguoCuál es el Tipo de Diálisis que Necesito?

Debe decidirlo con su médico y su equipo médico basándose en su situación. El objetivo es ayudarle a mantenerse activo y saludable.

Diálisis Renal

¿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
- tenga 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 que 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. Esto significa que un URR por encima de 65 % y un Kt/V mayor de 1.2 están bien. Hable con su médico sobre estos números.

Yo me siento bien. ¿Por qué debería averiguar si mi diálisis está funcionando bien?

En un plazo corto, algunas personas pueden sentirse bien sin una diálisis adecuada. A largo plazo, si no recibe suficiente diálisis podría sentirse débil y cansado y correr el riesgo de infecciones o sangrado prolongado. Puede que se su vida se acorte.

¿Cuáles son los pasos a seguir para un tratamiento de diálisis adecuado?

- Vaya a todos los tratamientos y llegue a horario.
- Quédese hasta recibir el tratamiento completo.
- Siga la dieta y restricciones de líquidos indicada.
- 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 cuál es el acceso vascular para hemodiálisis* que le conviene más.
- Aprenda a cuidar del acceso.

Para averiguar si su hemodiálisis 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 Renal

Servicios y Suministros de Diálisis Cubiertos por Medicare

Medicare cubre estos servicios de diálisis y paga parte de su costo:

Servicio o Suministro	Parte A	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)		✓
Entrenamiento para auto-diálisis (incluye la instrucción para usted y la persona que lo ayuda con su diálisis en el hogar)		✓
Equipo y suministros para diálisis en el hogar (como alcohol, toallitas, vendajes estériles, guantes de goma y tijeras)		✓
Ciertos servicios de apoyo para en 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)		✓
Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar (vea la página 19)		✓
Servicios médicos ambulatorios		✓
La mayoría de los otros servicios y suministros que son parte del tratamiento de diálisis, como los análisis		✓

Para averiguar lo que usted debe pagar por estos servicios, consulte las páginas 20–25.

Diálisis Renal

Servicios y Suministros de Diálisis Cubiertos por Medicare (continuación)

Medicamentos para Diálisis en el Hogar Cubiertos por Medicare

Los medicamentos más comunes que cubre la Parte B de Medicare para diálisis en el hogar son

- heparina para prevenir coágulos sanguíneos
- un antídoto para revertir la acción de la heparina si fuese necesario por motivos médicos.
- anestésicos locales que se aplican a la piel para calmar el dolor y la picazón
- Epogen or Eritropoyetina alfa (Epoetin alfa) para tratar la anemia

Hable con su médico o con cualquier miembro de su equipo médico sobre el uso de estos u otros medicamentos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Servicios y Suministros de Diálisis que NO están Cubiertos por Medicare

Medicare **no** paga por los servicios y suministros siguientes:

Servicio o Suministro	No está cubierto
Un ayudante para la diálisis en el hogar	×
Cualquier ingreso que usted o la persona que lo ayuda no hubiese recibido durante el entrenamiento para auto-diálisis	×
Un lugar donde quedarse durante el tratamiento de diálisis	×
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	×
Transporte al centro de diálisis (consulte la página 26 para la cobertura en casos especiales).	×

Hay algunos seguros que podrían pagar por los costos que Medicare no cubre (vea las páginas 41–44). Si desea más información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare, vea las páginas 35–38.

Diálisis Renal

Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis

Los costos descritos en esta sección corresponden a los servicios de diálisis en el Plan Original de Medicare. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage o si tiene una póliza suplementaria que paga lo que Medicare no cubre, sus costos pueden variar. Si desea información sobre los costos, lea los documentos del plan o llame a su administrador de beneficios.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Diálisis en un Centro de Diálisis

En el Plan Original de Medicare, si se realiza el tratamiento de diálisis en un centro aprobado por Medicare (independiente o en un hospital), la Parte B de Medicare paga el arancel del centro para los servicios relacionados con la diálisis según una tarifa por cada tratamiento (a esto se le llama tarifa compuesta). Esta tarifa puede variar de un centro a otro, según el tipo de centro y de su ubicación. Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta. Usted paga un coseguro equivalente al 20% restante.

Ejemplo

Supongamos que la tarifa compuesta es de \$150 por tratamiento. Después de que usted haya pagado el deducible del 2007 por la Parte B de \$131,

- La Parte B de Medicare paga al centro el 80% de \$150 (o sea \$120).
- usted paga un coseguro equivalente al 20% restante (o sea \$30).

Tal vez haya otro tipo de servicios que no son parte de la tarifa compuesta como ciertos medicamentos cubiertos por la Parte B. Su centro de diálisis puede proporcionarle una lista de los análisis y otros servicios incluidos en la tarifa compuesta. Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare de los servicios que no están incluidos en la tarifa compuesta. Usted paga el coseguro del 20%.

Diálisis en un Hospital

Si lo ingresan al hospital y recibe tratamiento de diálisis, estos tratamientos estarán cubiertos por la Parte A como parte de los costos de internación.

Diálisis Renal

Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis (continuación)

Medicare cubre estos servicios de diálisis y paga parte de los costos

Servicios Médicos

Servicios Médicos para Pacientes Ambulatorios

En el Plan Original de Medicare. Su nefrólogo (médico de riñón) recibe una cantidad mensual de Medicare. Una vez que usted haya pagado el deducible de la Parte B de \$131 (para el 2007). La Parte B de Medicare paga el 80% de la cantidad mensual y usted paga el 20% restante (coseguro).

En algunos casos, podrían pagarle a su médico por día si usted recibe los servicios por menos de un mes.

Ejemplo

Supongamos que la cantidad mensual que Medicare le paga al médico por cada paciente en diálisis es \$125. Una vez que usted haya pagado el deducible de la Parte B de \$131 (en el 2007),

- Medicare paga el 80% de los \$125 (o sea \$100), y
- Usted paga un coseguro equivalente al 20% restante (o sea \$25).

Servicios Médicos Durante una Internación

En el plan original de Medicare, su nefrólogo factura por separado por los servicios cubiertos por Medicare que usted recibe mientras está internado para tratar su ESRD. En este caso, el pago mensual a su nefrólogo estará basado en el número de días que estuvo internado en el hospital.

Diálisis Renal

Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis (continuación)

Servicios Médicos (continuación)

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Entrenamiento para Auto-Diálisis

El entrenamiento para auto-diálisis está cubierto por la Parte B de Medicare si lo hace como paciente ambulatorio. El entrenamiento cuesta más que los tratamientos de diálisis. Si está en el Plan Original de Medicare, una vez que haya pagado el deducible anual de \$131 (en el 2007). La Parte B de Medicare pagará el 80% de los costos del entrenamiento. Usted paga un coseguro equivalente al 20% restante.

Ejemplo

Supongamos que el costo del entrenamiento es \$500 por sesión. Una vez que usted haya pagado el deducible de la Parte B de \$131 (en el 2007),

- Medicare paga el 80% de \$500 (o sea \$400 por sesión), y
- Usted paga un coseguro equivalente al 20% restante (o sea \$100 por sesión).

Diálisis en el Hogar

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

Método 1, usted se relaciona directamente con el centro de diálisis.

El Método 2, se relaciona directamente con su proveedor.

El cuadro en la página siguiente le proporciona información específica sobre lo que paga, en el Plan Original de Medicare, por el equipo de diálisis en el hogar, suministros y los servicios de apoyo si escoge el Método 1 o el Método 2.

Diálisis Renal

Cuadro de Pago por el Equipo de Diálisis en el Hogar, Suministros y Servicios de Apoyo

<p>Método 1</p> <p>Usted se Relaciona Directamente con el Centro de Diálisis</p>	<p>Método 2</p> <p>Usted se Relaciona Directamente con el Proveedor</p>
<p>Si escoge esta opción, debe recibir todos los servicios, equipo y suministros de su centro de diálisis.</p>	<p>Si escoge esta opción, debe recibir todos los servicios, equipo y suministros de un proveedor. Dicho proveedor debe aceptar la asignación.</p> <p>Su proveedor también debe tener un acuerdo por escrito con el centro de diálisis, para asegurarse de que usted recibirá todos los servicios de apoyo para diálisis en el hogar que necesite.</p>
<p>Por el Equipo, Suministros y Servicios de Apoyo para diálisis en el hogar—Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga un coseguro del 20% después de haber pagado el deducible del 2007 de la Parte B \$131 (vea la nota abajo).</p>	<p>Por el Equipo de Diálisis en el Hogar – Si usted compra o alquila el equipo, la Parte B de Medicare lo pagará. Usted tiene que pagar el deducible anual de \$131 (en el 2007) (vea la anota abajo). Si usted alquila el equipo, generalmente el proveedor recibirá pagos mensuales de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si usted compra el equipo, Medicare pagará el 80% del precio de venta en cuotas mensuales hasta que se alcance el precio de venta aprobado por Medicare. Usted paga el 20% restante. El pago mensual de la Parte B incluye todos los intereses y cargos financieros.</p> <p>Si usted alquila el equipo, Medicare pagará el 80% del precio del alquiler mensual y usted paga el 20% restante (coseguro).</p> <p>Por los Suministros y Servicios de Apoyo para diálisis en el hogar – Una compañía privada que paga las facturas por Medicare, le pagará al centro el 80% de los cargos aprobados para todos los servicios de apoyo cubiertos. Medicare paga al proveedor el 80% de los cargos aprobados para todos los suministros cubiertos. Usted paga un coseguro equivalente al 20% restante, por los servicios de apoyo y por los suministros después de haber pagado el deducible de la Parte B.</p>

Aviso: En el 2007, usted paga sólo un deducible de \$131 por la Parte B. Esta cantidad puede cambiar cada año.

Diálisis Renal

Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis (continuación)

Cómo Escoger la Mejor Opción de Pago de Diálisis en el Hogar

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Fíjese en los Métodos 1 y 2 del cuadro de la página 23.

Puede ayudarle a decidir cuál es la mejor opción de pago para usted si está inscrito en el Plan Original de Medicare. Si aún tiene dificultad para escoger, pídale ayuda al asistente social del centro de diálisis.

Una vez que haya terminado el entrenamiento para auto-diálisis y esté listo para escoger, debe

1. llenar el Formulario CMS-382 de Selección del Beneficiario.
2. firmar el formulario
3. entregárselo a su centro de diálisis

Usted puede obtener una copia del formulario CMS-382 en su centro de diálisis. Una vez que haya escogido un método de pago y haya entregado el formulario, debe utilizar esa opción hasta el 31 de diciembre de ese año. Por ejemplo, si en agosto del 2007 decide utilizar el Método 2, debe continuar con esa opción hasta el 31 de diciembre de 2007.

Usted puede cambiar de una opción a otra llenando un nuevo Formulario CMS-382 cada vez que quiera hacer el cambio, sin embargo el mismo no entrará en vigencia hasta el 1 de enero siguiente. Por ejemplo, si usted llena el Formulario CMS-382 para cambiar al Método 1 y lo entrega a su centro de diálisis en octubre de 2007, el cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2008.

Diálisis Renal

Lo que USTED Paga por los Servicios de Diálisis (continuación)

¿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 en el hogar, la Parte B dejará de pagar por el equipo. Por ejemplo, si le hicieron un trasplante de riñón y ya no necesita el tratamiento de diálisis en el hogar, entonces la Parte B dejará de pagar.

Si usted compra el equipo de diálisis, los pagos de la Parte B terminarán una vez que se alcance el precio de compra aprobado por Medicare. Por ejemplo, si Medicare acepta pagar \$350 por el equipo de diálisis, los pagos de la Parte B terminarán una vez que se haya pagado dicha cantidad.

Diálisis Cuando Viaja

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 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 3,500 centros en el país. Su centro de diálisis o su red de ESRD (consulte la página 46) puede 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 directamente del proveedor (Método 2) (vea la página 23) o de un Plan Medicare Advantage, su proveedor o el Plan Medicare Advantage pueden hacer los arreglos pertinentes para que reciba la diálisis que necesita durante su viaje. Si desea más información, comuníquese con su proveedor o con el plan.

Diálisis Renal

Transporte al Centro de Diálisis

¿Paga Medicare por el Traslado al Centro de Diálisis?

En la mayoría de los casos, no paga. Medicare pagará por los servicios 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.

El proveedor de servicios de ambulancia debe recibir una orden por escrito de su médico antes de brindarle el servicio. La orden escrita del médico debe estar fechada dentro de los 60 días anteriores al servicio.

Si desea más información sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). O visite www.medicare.gov y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” para leer o imprimir la publicación “Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia” (CMS Pub. No. 11021-S).

“Si desea más información sobre cómo funciona la asignación, visite www.medicare.gov para imprimir o leer la publicación “¿Acepta la Asignación su Médico o Proveedor?”

También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si esta publicación está disponible en versión impresa.

Visite www.medicare.gov para obtener información sobre los centros de diálisis de su zona certificados por Medicare. Seleccione “Compare Centros de Diálisis en su Área”.

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 (donante) deben examinarse. Esto se hace para ver el grado de compatibilidad con los suyos de modo que su cuerpo no rechace al riñón trasplantado.

¿Dónde se Puede Hacer el Trasplante de Riñón?

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

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

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 40.

Trasplante de Riñón

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 de laboratorio y otros para evaluar su estado de salud	✓	
Análisis de laboratorio y otros 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 deja el hospital después del trasplante, vea las páginas 29–30). Si desea información sobre los Planes Medicare para Recetas Médicas consulte las páginas 35–38.		✓
Sangre (sangre o unidades de glóbulos rojos empacados, componentes sanguíneos y el costo del procesamiento y transfusión, vea las páginas 33–34).	✓	✓

Aviso: El comprar o vender órganos humanos es contra la ley. Por eso, Medicare no paga por los riñones que se usan en transplantes.

Para averiguar lo que usted paga por estos servicios, consulte las páginas 31–32.

* Estos servicios están cubierto 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.

Trasplante de Riñón

Servicios de Trasplante de Riñón Cubiertos por Medicare (continuación)

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, debe cumplir con las condiciones mencionadas en la página 12.

¿Qué Ocurre 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 discapacidad antes de que le diagnosticaran su ESRD, o
- es elegible para Medicare debido a su edad o a una discapacidad 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 Medicare.

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

Trasplante de Riñón

Servicios de Trasplante de Riñón Cubiertos por Medicare (continuación)

¿Qué Pasa si no Puedo Pagar por mis Medicamentos Inmunosupresores?

Los medicamentos para trasplante 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 41–44 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, o
- después del 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. Si usted ya tenía Medicare por su edad o una discapacidad antes de padecer de ESRD, o si es elegible para Medicare por su edad o por una discapacidad después del trasplante, Medicare continuará pagando por sus medicamentos inmunosupresores sin límite de tiempo.

Trasplante de Riñón

Lo que USTED Paga por los Servicios de Trasplante de Riñón

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51-52.

Las cantidades que aparecen en esta sección son para los servicios de trasplante renal cubiertos por el Plan Original de Medicare. Si usted está 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

En el Plan Original de Medicare usted paga en el 2007

- un total de \$992 por una estadía en el hospital de 1-60 días.
- De 61-90 días de internación, \$248 diarios.
- De 91-150 días de internación, \$496 diarios.
- Todos los costos diarios a partir del día 150.

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

- nada por los 20 primeros días.
- hasta \$124 diarios 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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Trasplante de Riñón

Lo que USTED Paga por los Servicios de Trasplante de Riñón (continuación)

Servicios Médicos

En el Plan Original de Medicare usted paga en el 2007, un deducible anual por la Parte B de \$131. Una vez pagado el deducible, la Parte B 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 por encima de la cantidad aprobada por Medicare hasta el límite que Medicare le permite cobrar a su médico. Visite www.medicare.gov y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” para ver los detalles de la publicación “¿Acepta la Asignación su Médico o Proveedor?”

Servicios de Laboratorio

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

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 la Parte A de Medicare, usted paga por las tres primeras pintas de sangre o unidades de glóbulos rojos empacados que reciba durante un período de beneficio, mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted puede escoger entre pagarle al hospital los costos de la sangre o de los glóbulos rojos empacados o reemplazar la sangre que recibió (vea abajo “Cómo Reemplazar la Sangre”).

Aviso: ha pagado o reemplazado algunas unidades de sangre para la Parte B durante el año (del 1 de enero al 31 de diciembre), no tendrá que hacerlo otra vez para la Parte A.

En la Parte B de Medicare, usted paga por las tres primeras pintas de sangre o unidades de glóbulos rojos empacados que reciba en el año. Puede escoger entre pagarle al hospital los costos de la sangre o de los glóbulos rojos empacados o reemplazar la sangre que recibió (vea abajo “Cómo Reemplazar la Sangre”).

En el Plan Original de Medicare, la Parte B paga el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para las pintas de sangre adicional durante el año y usted paga un coseguro equivalente al 20% restante.

Aviso: si ha pagado o repuesto algunas unidades de sangre para la Parte A durante el año (del 1 de enero al 31 de diciembre), no tendrá que hacerlo otra vez para la Parte B.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Cómo Paga Medicare por la Sangre

Cómo Reemplazar la 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 repone 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 Repuesto?

No. 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. Además, si su hospital o centro de enfermería especializada recibe una donación de sangre o glóbulos rojos, la sangre o glóbulos rojos se consideran reemplazados.

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

5

La Cobertura Medicare para Recetas Médicas



La Parte B de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores y la mayoría de los medicamentos para la diálisis (vea las páginas 28–29). Por padecer de una enfermedad renal usted tal vez necesite medicamentos 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 medicamentos que no estén cubiertos por la Parte B.

La cobertura de Medicare de 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 13. Sin embargo, si no cumple con esas condiciones, podrá obtener la cobertura de dichos medicamentos inscribiéndose en un plan Medicare para recetas médicas.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

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

- Un plan Medicare para Recetas Médicas individual, que agrega esta cobertura al Plan Original de Medicare
- La cobertura de recetas médicas ofrecida como parte de un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO). La mayoría de las personas que padece de ESRD pueden obtener la cobertura de sus medicamentos recetados a través del Plan Medicare Advantage si ya están inscrito 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 cobran 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 la ayuda adicional para el pago de sus costos de medicamentos (vea la página 36). Si desea información detallada sobre la cobertura de recetas médicas consulte el manual “Medicare y Usted”.

La Cobertura Medicare para Recetas Médicas

Ayuda Adicional para los Más Necesitados

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

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 \$15,315 (o \$20,535 si está casado y usted y su cónyuge viven juntos), y sus recursos deben sumar hasta \$11,710 (o \$23,410 si está casado y usted y su cónyuge viven juntos). Estas son las cantidades para el 2007.

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. Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana tienen sus propias normas para otorgar a sus habitantes la ayuda adicional.

¿Cómo Solicito la Ayuda Adicional?

Algunas personas con 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 Estatal de Asistencia Médica (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, usted puede escoger un plan o dejar que Medicare lo haga por usted. Medicare le enviará una carta diciéndole cuál es el plan y cuándo comienza su cobertura. Usted puede cambiar de plan una vez entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año.

La Cobertura Medicare para Recetas Médicas

Compare los Planes e Inscríbese

La cobertura Medicare de las recetas médicas varía con cada plan. Compare los planes en su zona y escoja el que responda mejor a sus necesidades. Usted puede obtener ayuda personalizada para comparar los planes en www.medicare.gov en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Búsqueda de Planes Medicare para Recetas Médicas”. O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE para comparar los planes en su área. También puede consultar su copia del manual “Medicare y Usted”. Cuando compare los planes fíjese en la cobertura, los costos y las farmacias participantes.

Una vez que haya comparado y escogido un plan, es el momento de inscribirse.

Comuníquese con el plan que le interesa y pregunte qué debe hacer para inscribirse. Cuando se haya inscrito, el plan le avisará cuándo comienza su cobertura. También recibirá los documentos y la tarjeta del plan. Use esa tarjeta cuando vaya a la farmacia a comprar sus medicamentos. Cuando utilice la tarjeta le harán descuentos en los medicamentos recetados cubiertos por le plan.

¿Cuándo Puedo Inscribirme?

Si es nuevo en Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare para recetas médicas por primera vez

- tres meses antes o tres meses después de ser elegible para Medicare por primera vez (si su elegibilidad se basa en su ESRD).
- tres meses antes o tres meses después de cumplir 65 años (si es elegible para Medicare por su edad).
- tres meses antes o tres meses después del mes número 25 de cobrar el beneficio en efectivo por discapacidad (si es elegible para Medicare por estar discapacitado).

Su cobertura de recetas médicas comenzará al mismo tiempo que comience su cobertura Medicare (vea la página 9).

La Cobertura Medicare para Recetas Médicas

¿Cuándo Puedo Inscribirme? (continuación)

Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, puede hacerlo entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. 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, puede que tenga que pagar una multa/penalidad por inscripción tardía. Esta cantidad cambia cada año. Usted pagará esta penalidad por todo el tiempo que tenga la cobertura Medicare de recetas médicas.

Si desea más información sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas, visite www.medicare.gov o llame GRATIS 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 sobre Seguros de Salud local (vea las páginas 49–50).

6

Quejas y Apelaciones



Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

Sus Derechos de Medicare

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

Algunos de los motivos por los que podría apelar son

- si está en desacuerdo con la cantidad que se ha pagado por un servicio.
- si un suministro o servicio no está cubierto y usted cree que debería estarlo.
- si le es denegado el pago de un servicio o suministro y usted cree que deberían pagarlo.

Los Derechos de Apelación en el Plan Original de Medicare

Si está en el Plan Original de Medicare, puede solicitar una apelación por cualquiera de los motivos mencionados arriba. 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 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.

Los Derechos de Apelación en un Plan Medicare Advantage

Si está en un Plan Medicare Advantage, puede solicitar una apelación por cualquiera de los motivos mencionados arriba. Lea los documentos del plan o comuníquese con ellos para obtener detalles sobre sus derechos de apelación. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Quejas y Apelaciones

Cómo Presentar una Queja

¿Qué Hacer si Tiene Problemas con los Servicios que Recibe?

- 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 facilidad tiene una póliza 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. 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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida el número de teléfono de la red de ESRD y de la Agencia Estatal de Inspección. También puede visitar www.medicare.gov y en la sección de “Herramientas de Búsqueda” seleccionar “Contactos Útiles”.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

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.

Estos seguros incluyen:

1. Seguro Médico de un Empleador o Sindicato para Empleados o Jubilados.
2. Pólizas Medigap (Seguro Suplementario a Medicare)
3. Medicaid
4. Beneficios para Veteranos

1. El Seguro Médico de un Empleador o Sindicato para Empleados o Jubilados

Si usted tiene cobertura de salud grupal a través de su empleador actual o antiguo (o el de su cónyuge), o del empleador actual de sus padres, llame al administrador de beneficios para averiguar cuál es la cobertura de servicios que ofrecen para su insuficiencia renal.

Si fuese elegible para la cobertura de salud grupal pero no se ha inscrito, llame al administrador de beneficios para averiguar si aun 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.

En algunos casos, los planes de grupo de empleador deben pagar antes que Medicare (vea las páginas 11-13).

Otros Seguros Médicos

2. 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 Plan Original de Medicare, como los deducibles y el coseguro. Las pólizas Medigap ayudan a pagar algunos de los costos que no cubre el Plan Original de Medicare. 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 cuesten más que si las comprara cuando tiene 65 años o más. Las normas de Medigap varían en cada estado. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para obtener información sobre la compra de una póliza Medigap si tiene una discapacidad o padece de ESRD (vea la página 46).

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

- ✓ Vaya a “Herramientas de Búsqueda” y seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” para imprimir o leer “Selección de una Póliza Medigap 2007: Una Guía de Seguro de Salud para las Personas con Medicare”(CMS Pub No. 02110-S).
- ✓ Seleccione “Herramienta de Búsqueda Personalizada de Planes de Salud de Medicare” 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.

Otros Seguros Médicos

3. 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 están cubiertos.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 51–52.

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 tiene Medicare e ingresos limitados. Para ser elegible para estos programas usted debe

- tener la Parte A de Medicare (seguro de hospital). Si no sabe con seguridad si tiene la Parte A, fíjese en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213.
- tener un ingreso mensual por debajo de \$1,169 si es un individuo solo o \$1,561 para una pareja, estos ingresos son para el 2007. 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 \$4,0000 o menos (individuo) o de \$6,000 o menos (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 GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite información sobre los “ahorros para las personas con Medicare”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Otros Seguros Médicos

4. 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. Si usted (o su cónyuge) está jubilado de las Fuerzas Armadas, llame al Departamento de Defensa al 1-800-538-9552 para obtener más información.

Otras Maneras de Obtener Ayuda

En la mayoría de los estado hay agencias que ayudan con los costos de los servicios médicos que Medicare no cubre. Algunos estados también tiene Comisiones de Riñón para ayudar a los beneficiarios con los costos que no paga Medicare.

Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si tiene preguntas sobre los seguros de salud (vea la página 46).

8

Dónde Puede Obtener Más Información



Hable con su equipo médico para obtener más información sobre diálisis renal, trasplante y su situación específica. Sus médicos, enfermeras, asistentes sociales, dietistas, y técnicos de diálisis forman su equipo médico.

Organizaciones Especializadas en Riñones

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.akfinc.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

(Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Urológicas y Renales)

3 Information Way

Bethesda, MD 20892-3580

1-800-891-5390

www.kidney.niddk.nih.gov

Dónde Puede Obtener Más Información

Redes de Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD por su sigla en inglés)

Usted puede llamar a la red local de ESRD (vea las páginas 49-50) 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 trasplante de riñón.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)

Llame al su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea las páginas 49-50) 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. O, visite www.medicare.gov y en la sección de “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles”. **Su llamada y su nombre serán estrictamente confidenciales.**

Dónde Puede Obtener Más Información

Otras Publicaciones de Medicare para Paciente Renales

Medicare tiene también estas publicaciones para pacientes renales:

1. “Usted Puede Vivir: Su Guía para Vivir con Insuficiencia Renal” (CMS Pub. No. 02119-S)

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” (CMS Pub. No. 10150-S)

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” (CMS Pub. No. 10208-S)

Este folleto le brinda información sobre la herramienta de comparación de centros de diálisis que encontrará en www.medicare.gov por Internet.

Para imprimir o leer estas publicaciones, visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si tiene copias impresas disponibles. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Dónde Puede Obtener Más Información

Números de Teléfono Importantes

Los números telefónicos de las redes de ESRD y del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud están listados en las páginas 49-50. Al momento de su impresión, los números en esta publicación eran correctos. Los números de teléfono 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, en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Contactos Útiles”.

Dónde Puede Obtener Más Información

Estado	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	Redes de ESRD
Alabama	1-800-243-5463	1-877-936-9260
Alaska	1-800-478-6065	1-800-262-1514
American Samoa	Not available	1-800-232-3773
Arizona	1-800-432-4040	1-800-783-8818
Arkansas	1-800-224-6330	1-800-472-8664
California	1-800-434-0222	1-800-637-4767 1-800-232-3773
Colorado	1-888-696-7213	1-800-783-8818
Connecticut	1-800-994-9422	1-866-286-3773
Delaware	1-800-336-9500	1-800-548-9205
Florida	1-800-963-5337	1-800-826-3773
Georgia	1-800-669-8387	1-800-524-7139
Guam	1-671-735-7382	1-800-232-3773
Hawaii	1-888-875-9229	1-800-232-3773
Idaho	1-800-247-4422	1-800-262-1514
Illinois	1-800-548-9034	1-800-456-6919
Indiana	1-800-452-4800	1-800-456-6919
Iowa	1-800-351-4664	1-800-444-9965
Kansas	1-800-860-5260	1-800-444-9965
Kentucky	1-877-293-7447	1-800-456-6919
Louisiana	1-800-259-5301	1-800-472-8664
Maine	1-877-353-3771	1-866-286-3773
Maryland	1-800-243-3425	1-866-651-6272
Massachusetts	1-800-243-4636	1-866-286-3773
Michigan	1-800-803-7174	1-800-973-3773
Minnesota	1-800-333-2433	1-800-973-3773
Mississippi	1-800-948-3090	1-800-562-2957
Missouri	1-800-390-3330	1-800-444-9965

Dónde Puede Obtener Más Información

Estado	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	Redes de ESRD
Montana	1-800-551-3191	1-800-262-1514
Nebraska	1-800-234-7119	1-800-444-9965
Nevada	1-800-307-4444	1-800-783-8818
New Hampshire	1-800-852-3388	1-866-286-3773
New Jersey	1-800-792-8820	1-888-877-8400
New Mexico	1-800-432-2080	1-800-783-8818
New York	1-800-701-0501	1-800-238-3773
North Carolina	1-800-443-9354	1-800-524-7139
North Dakota	1-888-575-6611	1-800-973-3773
Ohio	1-800-686-1578	1-800-456-6919
Oklahoma	1-800-763-2828	1-800-472-8664
Oregon	1-800-722-4134	1-800-262-1514
Pennsylvania	1-800-783-7067	1-800-548-9205
Puerto Rico	1-877-725-4300	1-888-877-8400
Rhode Island	1-401-462-4444	1-866-286-3773
South Carolina	1-800-868-9095	1-800-524-7139
South Dakota	1-800-536-8197	1-800-973-3773
Tennessee	1-877-801-0044	1-877-936-9260
Texas	1-800-252-9240	1-877-886-4435
Utah	1-800-541-7735	1-800-783-8818
Vermont	1-800-642-5119	1-866-286-3773
Virgin Islands	1-340-772-7368	1-888-877-8400
Virginia	1-800-552-3402	1-866-651-6272
Washington	1-800-562-6900	1-800-262-1514
Washington D.C.	1-202-739-0668	1-866-651-6272
West Virginia	1-877-987-4463	1-866-651-6272
Wisconsin	1-800-242-1060	1-800-973-3773
Wyoming	1-800-856-4398	1-800-783-8818

9

Palabras Que Debe Conocer



Apelación—Un tipo especial de queja que usted hace si esta en desacuerdo con ciertas decisiones tomadas por Medicare, su plan de salud o de medicamentos. Usted puede apelar si solicita un servicio, suministro o medicamento que cree que debería recibir, o si solicita el pago de un servicio que recibió y Medicare o el plan se lo niegan.

Asignación—Es un acuerdo entre usted, su médico o proveedor de la salud y Medicare. El beneficiario acepta que el médico o proveedor solicite directamente el pago a Medicare por los servicios cubiertos por la Parte B, el equipo y suministros. Los médicos o proveedores que aceptan (o deben por ley) aceptar la asignación, no pueden cobrarle al beneficiario, al otro seguro del beneficiario (si lo hubiera) o a cualquier otra persona, más que el deducible y el coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Plan Original de Medicare, 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.

Coseguro—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. En el Plan Original Medicare, es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la cantidad aprobada por Medicare. Usted tiene que pagarla después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o B. En un Plan de Medicare de recetas médicas, el coseguro variará de acuerdo a lo que usted haya gastado.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que el Plan Original de Medicare, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar. Por ejemplo, en el Plan Original de Medicare usted paga un deducible por cada período de beneficios de la Parte A y cada año por la Parte B. Estas cantidades pueden cambiar cada año.

Enfermedad Renal en Etapa Final—Insuficiencia renal lo suficientemente grave como para requerir diálisis renal de por vida o un trasplante de riñón.

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.

Palabras Que Debe Conocer

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 Plan Original de Medicare mide su uso de servicios de hospital y de 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 usted es admitido al hospital o a un SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficio.

Usted debe pagar el deducible por hospitalización para cada período de beneficios. No hay límite sobre el número de períodos de beneficio que usted puede tener. Sin embargo, la internación en un hospital psiquiátrico está limitada a 190 días durante toda su vida.

Período de Coordinación—La cantidad que tal vez deba pagar por los servicios después de haber pagado el deducible del plan. En el Plan Original Medicare, es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de la cantidad aprobada por Medicare. Usted tiene que pagarla después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o B. En un plan de Medicare de recetas médicas, el coseguro variará de acuerdo a lo que usted haya gastado.

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. Todo beneficiario que tenga las Partes A y B de Medicare es elegible para inscribirse en un Plan Medicare Advantage excepto aquellos que padecen de Enfermedad Renal en Etapa Final, a menos que se apliquen ciertas excepciones.

Plan Original de Medicare—El Plan Original de Medicare consta de dos partes: la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Es un plan de pago-por-servicio. Usted debe pagar un deducible. Luego Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada y usted paga la suya (coseguro y deducibles).

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

Queja—Usted puede presentar una queja sobre la atención que le brinda el plan de Medicare. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre la falta de higiene del centro, sobre los problemas que tiene cuando llama al plan, la conducta del personal o los servicios. Una apelación no es una queja, la apelación es el proceso por el cual usted indica que no está de acuerdo con una decisión sobre el tratamiento o el pago de los servicios. (vea Apelación).

10

Índice



American Association of Kidney Patients	45
American Kidney Fund	45
Apelaciones	39–40, 51
Asignación	23, 26, 31, 51
Ayuda adicional	35.36
Beneficios de la Administración de Veteranos	44
Cobertura Medicare (comienza)	9–10
Cobertura Medicare (termina)	10
Coseguro	7, 13, 20–23, 31, 33, 36, 42, 43, 51
Deducible	7, 13, 20–23, 31, 36, 42, 43, 52
Diálisis	5–7, 9–12, 15–26
Cómo encontrar un centro de diálisis	15–16
Transporte al centro de diálisis	26
Viajes	25
Lo que usted paga	20–25
Lo que está cubierto	18–19, 20–22
Lo que no está cubierto	19, 20
Diálisis en el hogar	9, 16, 18, 19, 22, 24–25, 34
Entrenamiento	9, 11, 18, 19, 24
HMO	8
Inscripción (Medicare)	8
Medicaid	36, 43
Medicamentos inmunosupresores	12, 28–30, 35
Medicare Parte A (Seguro de hospital)	5, 7, 8, 10, 12–13, 18, 20, 28, 33, 43
Medicare Parte B (Seguro médico)	5, 6–8, 10, 12–13, 18–20, 23, 28, 31, 33, 35
Medigap	42

Índice

National Kidney Foundation, Inc.	45
National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse	45
Niños	14
Números de teléfono para obtener ayuda	45, 49–50
Oficina de Gerencia de Personal	6
Organizaciones renales	45
Palabras importantes	51–52
Pagador secundario	11, 12, 52
Período de beneficio	31, 33, 51
Plan de salud grupal de empleador	9, 41
Plan Original de Medicare	4, 7, 8, 20–24, 31, 33, 35, 39, 42, 52
Planes Medicare Advantage	4, 7, 8, 20, 25, 52
Plan Medicare para Necesidades Especiales	7
Primas	5–6, 8, 10, 13, 35–36, 43, 52
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	16, 38, 42, 49–50
Quejas	15, 27, 52
Redes de ESRD	15, 25, 40, 46, 49–50
Retiro ferroviario	6–7
Sangre	19, 28, 33–34
Seguro Social	6–8, 36, 43
Trasplante de riñón	5, 9–10, 27–31
Medicamentos	12, 28, 30
Lo que usted paga	31
Lo que está cubierto	28
Trasplante de páncreas	30

Números de Teléfono Importantes



	Número de Teléfono
Médico	_____ - ____ - _____
Asistente Social	_____ - ____ - _____
Compañía de Seguro	_____ - ____ - _____
Red de ESRD	_____ - ____ - _____
Agencia Estatal de Inspección	_____ - ____ - _____
_____	_____ - ____ - _____
_____	_____ - ____ - _____
_____	_____ - ____ - _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y
SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU.**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Publicación No. 10128-S

Revisada en marzo 2007



Mi Salud.
Mi Medicare.

This publication is available in English. To get your copy, visit www.medicare.gov, or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.