



Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Trasplante de Riñón

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

Le informa...

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

Este manual también tiene información especial sobre trasplante de páncreas, ver página 39.

Para averiguar cómo utilizar este manual, ver la página 5.

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

Bonny Willburn, paciente de hemodiálisis
Donald Dowe, MSW, paciente de trasplante
Rosalyn Feldman, paciente de hemodiálisis
Brenda Dyson, paciente de trasplante

Carta abierta de pacientes renales a otros pacientes renales

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

Tal vez usted esté preocupado por sus gastos médicos. Nosotros también pasamos por eso. Pero, ¿sabía usted que hay un programa que le ayudará a pagar sus costos de diálisis renal y de trasplante, aún si usted es menor de 65 años? Ese programa se llama Medicare, un programa federal de seguro de salud. Este manual le explica cómo funciona. Usted puede leer más sobre lo que es Medicare, y sobre cómo inscribirse en la página 10 de este manual.



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

-Bonny
Paciente de hemodiálisis

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

-Don
Paciente de trasplante



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

-Rosalyn
Paciente de hemodiálisis

El tratar de entender todos los “ángulos” de Medicare puede ser algo confuso. Si usted tiene cualquier pregunta después de leer este manual, no tenga miedo de pedir ayuda. En las páginas 52-54 aparecen los números de teléfono de personas que pueden ayudarlo. Usted también puede hablar con el trabajador social de su centro de diálisis o de trasplante para conseguir ayuda para entender qué es lo que está cubierto por Medicare, y qué es lo que no está cubierto.

Cuídese,

Bonny, Don, y Rosalyn
Pacientes renales

— Para Encontrar lo que Usted Busca —

Introducción	4
Cómo Utilizar este Manual	5
Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare	
¿Qué es Medicare?	6
Las dos partes de Medicare	6–7
Opciones de planes de salud de Medicare	7–8
Medicare para personas con fallo de los riñones	9–11
¿Quién es elegible?	9
Cómo inscribirse en Medicare	10–11
Cuándo comienza su cobertura de Medicare	12–13
Cuándo termina su cobertura de Medicare	14
Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador	15–17
Sección 2: Diálisis Renal	
¿Qué es diálisis?	18
Dónde conseguir tratamientos de diálisis	18
Cómo encontrar un centro de diálisis	19
Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar	20
Cómo averiguar que tan bien está funcionando su diálisis	21
Qué está cubierto por Medicare	22–23
Qué no está cubierto por Medicare	24
Lo que USTED paga por servicios de diálisis	25–32
Diálisis en un centro de diálisis	25
Diálisis en un hospital	26
Servicios de los médicos	26–27
Entrenamiento en auto diálisis	28
Diálisis en el hogar	28–32
Diálisis cuando usted está de viaje	32–33
Transporte al centro de diálisis	33
Sección 3: Trasplantes de Riñón	
¿Qué es un trasplante de riñón?	34
Dónde obtener un trasplante de riñón	34
Qué está cubierto por Medicare	35–38
Medicinas para trasplantes (llamadas medicinas inmunosupresivas)	36–38
Información especial sobre trasplantes de páncreas	38
Lo que USTED paga por servicios de trasplante de riñón	39
¿Tengo que pagar por el donante de mi riñón?	39
Servicios del médico	40

— Para Encontrar lo que Usted Busca —

Sección 4: Cómo Medicare Paga por Sangre

Lo que USTED paga por sangre	41
Cómo reponer sangre	42

Sección 5: Apelaciones y Quejas Formales

Apelaciones	
Qué hacer si Medicare no paga por un servicio que usted recibió	43
Presentando una queja formal	
Qué debe hacer si tiene problemas con los servicios que recibe	44

Sección 6: Otros Tipos de Seguros de Salud

Cobertura de empleado o retirado por medio de empleador o sindicato . .	45
Una póliza de seguro Medigap	46
Medicaid	47
Beneficios de la Administración de Veteranos	48
Otras formas para obtener ayuda	48

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Organizaciones especiales sobre los riñones	49
Redes de Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD)	50
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	50
Agencia de Revisión del Estado	50
Otros manuales de Medicare para pacientes renales	51
Números telefónicos de la Red ESRD y SHIP	52–54

Sección 8: Tablas de Cobertura de Medicare

Parte A de Medicare	55–56
Parte B de Medicare	57–58
Servicios Preventivos de la Parte B de Medicare	59–60

Sección 9: Definiciones de Palabras Importantes

(Se definen los términos en letra roja)	61–63
---	-------

Sección 10: Índice

(Un índice alfabético de los temas en este manual)	64–65
--	-------

Introducción

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

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



“Mi fallo renal fue muy repentino. No tuve tiempo para prepararme mentalmente, ni de pensar cómo iba a pagar. Me sentí muy bien al enterarme que yo era elegible para Medicare. Me resolvió muchas de mis preocupaciones cuando supe que podía conseguir ayuda para pagar por mi enfermedad”.

-Brenda
Paciente de trasplante



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Cómo Utilizar este Manual

Este manual contiene 10 secciones. El título, al comienzo de cada página, le indica la sección que está leyendo. Los términos en rojo se definen en las páginas 61–63.

Usted:	Lea la(s) página(s)...
¿Quiere encontrar un tema específico en este manual?	64–65 - Índice: Una lista en orden alfabético con todos los temas de este manual y la(s) página(s) donde puede encontrar la información que usted busca.
¿Quiere averiguar si es elegible para Medicare?	9
¿Quiere inscribirse en Medicare?	10–11
¿Quiere saber cuál es la cobertura Medicare para diálisis renal?	22–23
¿Quiere saber qué es lo que cubre Medicare para trasplante de riñón?	34–37
¿Tiene un Plan de Salud de Grupo de Empleador?	15–17
¿Quiere saber dónde obtener ayuda?	49–54
¿Tiene algún problema o una queja?	43–44
¿Quiere averiguar sobre el modo de transporte para llegar al sitio para sus servicios de diálisis?	33
¿Quiere averiguar sobre diálisis mientras está de viaje?	32–33
¿Quiere averiguar lo que usted paga por diálisis?	25–32
¿Quiere averiguar que lo que usted paga por trasplante de riñón?	39–40
¿Quiere averiguar sobre medicinas para trasplantes?	36–38
¿Quiere averiguar sobre otras formas para obtener ayuda con sus gastos de salud?	45–48

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud para:

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

Las dos partes de Medicare

Medicare tiene dos partes:

Para obtener más detalles sobre lo que cubre Medicare, vea los cuadros de cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare en las páginas 55–60.

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

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

La mayoría de las personas no tienen que hacer un pago mensual (la **prima**) para la Parte A, ya que ellos (o su cónyuge) pagaron sus impuestos de Medicare mientras estaban trabajando.

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

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

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

(Continúa en la página 7).



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Las dos partes de Medicare (continuación)

Cualquier cambio en la cantidad de la prima de la Parte B estará disponible el primero de enero de cada año.

2. Parte B (Seguro Médico), (continuación)

Todas las personas tienen que pagar una **prima** mensual de \$66.60 en el 2004 para la Parte B de Medicare. Las tarifas pueden cambiar de año en año. Además, la cantidad puede ser mayor si usted no se inscribió en la Parte B cuando calificó por primera vez. El costo de la Parte B subirá un 10% por cada período de 12 meses en el cual usted pudo haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Quizá tendrá que pagar esta prima mientras tenga la Parte B. Si está pagando una prima alta porque no se inscribió en la Parte B cuando calificó por primera vez basado en su edad o por discapacidad, entonces esa prima alta se eliminará si se inscribe en la Parte B en base que tenga **Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD)**, por sus siglas en inglés) (ver página 10).

La nueva cantidad para la prima de la Parte B estará disponible después del primero de diciembre de 2003.

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

Si usted necesita Medicare debido a fallo renal, vea la página 10 para averiguar como inscribirse.

Opciones de planes de salud de Medicare

El Medicare de hoy en día es sobre opciones:

- El **Plan Original de Medicare** (también conocido como el Plan de Pago por Servicio) disponible en todo el país
- **Planes de Medicare Advantage,**
- **Planes de Salud Administrado Medicare,** y
- **Planes de Organización de Proveedores Preferidos.**

(Continúa en la página 8).

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Opciones de planes de salud de Medicare (continuación)

*Cualquier cambio en la prima de la Parte B estará disponible el 1ro. de enero de cada año.

Quizá no puede inscribirse en un Plan de Medicare Advantage si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo renal permanente que requiere diálisis o trasplante del riñón). Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final que comienzan diálisis y están inscritos en un Plan de Medicare Advantage pueden permanecer en el plan o inscribirse a otro plan que ofrezca la misma compañía en el mismo estado. Usted debe continuar pagando la prima mensual por la Parte B de \$66.60 en el 2004.

La nueva cantidad para la prima de la Parte B estará disponible después del primero de diciembre de 2003.

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

Si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final y están inscrito en un plan y el plan decide no renovar su contrato con Medicare y no proveerá más cobertura en su área, usted puede inscribirse en un Plan de Medicare Advantage si alguno está disponible en su área. (Esto es válido para las personas cuyos planes ya no son parte de Medicare o han dejado de proveer cobertura en su área en o después del 31 de diciembre de 1998).

Medicare no paga por todo. Hay ciertos tipos de seguros que pueden pagar por algunos de los costos de cuidado salud que no paga Medicare. (ver páginas 45–48).

Para obtener más información sobre sus opciones de planes de salud de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia gratis del manual “**Medicare y Usted**”. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede leer o imprimir una copia de este manual en www.medicare.gov en la Internet. Seleccione “Publicaciones”.

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Medicare para personas con fallo de los riñones

¿Quién es Elegible?

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

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

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

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

Si usted no puede obtener Medicare, es posible que pueda conseguir ayuda de su estado para pagar por sus tratamientos de diálisis (ver página 47).

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

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Medicare para personas con fallo de los riñones (continuación)

Cómo inscribirse en Medicare

- Si necesita Medicare debido a **ESRD** (fallo permanente de los riñones), usted puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare por su condición de ESRD en su oficina local del Seguro Social. Llame o visite su oficina local del Seguro Social (1-800-772-1213) y haga una cita para inscribirse en Medicare por su condición de ESRD.
- Si tiene la Parte A de Medicare debido a su edad o incapacidad y todavía no se ha inscrito en la Parte B o se suspendió su cobertura de la Parte B, puede inscribirse en la Parte B sin pagar una prima más alta si se inscribe en Medicare por su Enfermedad Renal en Etapa Final. Llame o visite la Oficina de Seguro Social en su área al 1-800-772-1213 para hacer una cita para inscribirse en Medicare por su condición de Enfermedad Renal en Etapa Final.

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

El costo de la Parte B subirá un 10% por cada período de 12 meses dentro del cual usted pudo haber tenido la Parte B pero no se inscribió. **Para evitar el tener que pagar una prima más alta para la Parte B, usted debe inscribirse en la Parte B cuando solicita la Parte A de Medicare en base a ESRD.** Llame o visite a su oficina local del Seguro Social (1-800-772-1213) para hacer una cita para inscribirse en Medicare en base a ESRD.

*Cualquier cambio en la prima de la Parte B estará disponible el 1ro. de enero de cada año.

Si está pagando una prima más alta para la Parte B, debido a que no se inscribió en la Parte B cuando calificó por primera vez para Medicare basado en su edad o por discapacidad, entonces esa prima alta se reducirá a la tarifa básica, que es \$66.60 al mes en el 2004 debido a su condición de Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD) (ver “Nota Importante” al lado).

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Medicare para personas con fallo de los riñones (continuación)

Cómo inscribirse en Medicare (continuación)



“Cuando comencé con el tratamiento de diálisis, tenía Medicare porque tenía 67 años. Yo tenía las Partes A y B de Medicare, pero estaba pagando una prima más alta por la Parte B, ya que no me había inscrito en ella cuando califiqué para Medicare por primera vez. Mi trabajador social me dijo que fuera al Seguro Social para inscribirme en Medicare por mi fallo renal (ESRD). Cuando lo hice, el costo de mi prima de la Parte B bajo considerablemente”.

- Linda
Paciente de trasplante

Pagando por la Parte B de Medicare

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

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

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Cuándo comienza su cobertura de Medicare

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

Si usted está cubierto por un plan de salud de grupo de empleador, su cobertura de Medicare comenzará al cuarto mes de tratamiento de diálisis. Su plan de salud de grupo de empleador será el primer pagador de sus cuentas por servicios de salud y Medicare será el segundo en pagar durante un **período de coordinación** de 30 meses. Ver páginas 15-17, “Cómo funciona Medicare con la cobertura de plan de salud de grupo de empleador.”

Si usted no tiene cobertura de un plan de salud de grupo de empleador, puede ser que hayan otros tipos de seguros y programas que puedan ayudarlo a pagar algunos de sus gastos de salud (ver páginas 45-48.)

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

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

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

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

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Cuándo comienza su cobertura de Medicare (continuación)

2. La cobertura de Medicare puede comenzar el mes en que usted ingrese a un hospital aprobado por Medicare para recibir un trasplante de riñón, o para recibir servicios de salud que se necesitan antes de su trasplante, si es que...

- Recibe el trasplante durante ese mismo mes o dentro de los dos meses siguientes.

3. La cobertura de Medicare puede comenzar 2 meses antes del mes de su trasplante si...

- Su trasplante se demora más de 2 meses después de que usted haya ingresado al hospital para el trasplante o para recibir servicios de cuidado de salud que necesita antes de su trasplante (ver Ejemplo, a continuación).



Ejemplo:

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

4. La cobertura de Medicare comienza el primer mes de la diálisis si...

- Tuvo un periodo anterior con Medicare bajo ESRD (fallo permanente de los riñones).

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

Cuándo termina su cobertura de Medicare

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

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

Su cobertura de Medicare no terminará si:

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

Importante:

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

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

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

*Si su plan de empleador no paga todos los costos de diálisis, es posible que usted tenga que pagar parte de los costos. Quizá pueda obtener ayuda para pagar estos costos (ver páginas 45–48).

Si usted es elegible para Medicare solamente debido a fallo permanente de los riñones, su cobertura de Medicare normalmente no comenzará hasta el cuarto mes de diálisis (ver página 12). **Medicare no pagará nada durante sus primeros 3 meses de diálisis a menos de que usted ya tenga Medicare debido a su edad o incapacidad.** Por lo tanto, su plan de salud de grupo de empleador es el único pagador durante los primeros 3 meses de diálisis.*

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

Cuándo comienza el período de coordinación de 30 meses

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



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

(Continúa en la página 16.)

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

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

Cuando comienza el período de coordinación de 30 meses (continuación)

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

Importante:

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

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

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

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

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

— Sección 1: Lo Esencial sobre Medicare —

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

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

1. Si usted recibe un trasplante de riñón, Medicare cubrirá las medicinas inmunosupresivas (ver páginas 35–36) solamente si:
 - Tiene la Parte A de Medicare en el momento que recibió el trasplante y el mismo es pagado por Medicare; o
 - Tiene la Parte A de Medicare en el momento que recibió el trasplante y Medicare no paga por el mismo porque Medicare es el pagador secundario a través de su Plan de Salud de Empleador.

En ambas situaciones la operación de trasplante debe ocurrir en una facilidad aprobada por Medicare. Además de las condiciones mencionadas, usted debe tener la cobertura de la Parte B de Medicare en el momento que reciba las medicinas inmunosupresivas.

2. Si la cobertura de su plan de salud de grupo tiene un **deducible** anual o un **coseguro** que usted debe pagar, el inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare le puede ayudar a pagar estos costos.
3. Si la cobertura de su plan de salud de grupo no tiene un deducible anual o un coseguro, y pagará todos sus gastos de salud, es posible que usted quiera demorar su inscripción en Medicare hasta que termine el **período de coordinación** de 30 meses. El demorar su inscripción significa que usted no estará pagando la prima de la Parte B. Después del período de coordinación de 30 meses, debería inscribirse en Medicare. Sin embargo, su prima de la Parte B aumentará un 10 por cada año que atrase su inscripción.



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

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

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

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

Sección 2: Diálisis Renal

¿Qué es diálisis?

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

Dónde conseguir tratamientos de diálisis

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

En el centro de diálisis, puede ser una enfermera o un técnico entrenado el que le brinda tratamiento. En su hogar, usted puede autoadministrarse con la ayuda de un familiar, o alguna amistad. Si usted decide hacerse diálisis en su hogar, usted y su ayudante recibirán entrenamiento especial. (Ver página 20, “Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar”).

¿Tiene usted un problema con la atención que está recibiendo de su centro de diálisis? De ser así, usted tiene el derecho de presentar una **queja formal** para resolver su problema. Ver la Sección 5 de la página 44, “Tramitando una queja formal” para más información.



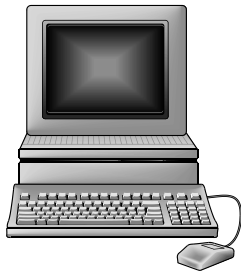
Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Sección 2: Diálisis Renal

Cómo encontrar un centro de diálisis

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

Usted también puede llamar a su red local de ESRD (ver páginas 61–63) para encontrar el centro más cercano a su domicilio.



“Compare Centros de Diálisis” en la Internet

Compare Centros de Diálisis tiene información importante sobre los centros de diálisis certificados por Medicare en su área. Busque en, www.medicare.gov, en la Internet. Seleccione “Compare Centros de Diálisis”. Este sitio web tiene información sobre dónde puede localizar los centros de diálisis en su estado, cuán grande son y cuánto tiempo llevan en este negocio.

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

Sección 2: Diálisis Renal

Opciones de tratamiento de diálisis en el hogar

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

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

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

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



“Yo tenía 32 años cuando me enteré que tenía fallo de los riñones. Tenía un título universitario y planes de seguir trabajando, así que con mi médico escogimos hemodiálisis en el hogar”.

-Brenda
Paciente de trasplante

Sección 2: Diálisis Renal

Cómo averiguar que tan bien está funcionando su diálisis

La mayoría de los pacientes de diálisis reciben hemodiálisis. Usted puede averiguar cuán bien está funcionando la diálisis, controlando su número de URR ó Kt/V. Los resultados de los exámenes de la sangre pueden decirle sus números URR y Kt/V. Estos números le informan a su médico o enfermera que tan bien la diálisis está eliminando los desechos de su cuerpo. Por lo general, su médico o enfermera lleva un registro de uno o ambos números, dependiendo de la prueba que utiliza su centro de diálisis. Verifique con su médico o enfermera para averiguar cuál es la prueba que usan.

Medicare tiene información más detallada sobre cómo saber que tan bien está funcionando su hemodiálisis en un folleto titulado **“La diálisis mantiene vivos a las personas con fallo de los riñones...¿Está usted recibiendo hemodiálisis adecuadamente?”**. Este folleto también le informa qué hacer si usted no está recibiendo la cantidad apropiada de diálisis. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis de este folleto. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede leer o imprimir una copia de este folleto en www.medicare.gov en la Internet. Pulse “Publicaciones”.

Sección 2: Diálisis Renal

Servicios y suministros de diálisis cubiertos por Medicare

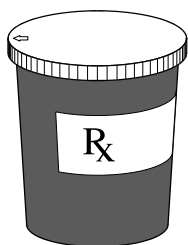
Medicare cubre los siguientes servicios de diálisis y paga **parte** de sus costos:

Servicio o suministro	Parte A de Medicare	Part B de Medicare
Tratamientos de diálisis para paciente interno (si usted ingresa al hospital para recibir atención especial)	✓	
Tratamientos de diálisis para paciente ambulatorio (si usted recibe tratamiento en cualquier centro de diálisis aprobado por Medicare)		✓
Autoentrenamiento en diálisis (incluye entrenamiento para usted y la persona que lo ayudará con su tratamiento de diálisis en el hogar)		✓
Equipo y suministros para diálisis en el hogar (como alcohol, toallas desechables, paños estériles, guantes desechables, y tijeras)		✓
Ciertos servicios de apoyo en el hogar (puede incluir visitas por trabajadores capacitados de centros de diálisis o de un hospital para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias cuando sea necesario, y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua)		✓
Ciertas medicinas para diálisis en el hogar (ver página 23)		✓
Servicios médicos ambulatorios		✓
La mayoría de los otros servicios y suministros que forman parte de la diálisis, por ejemplo exámenes de laboratorio		✓

Para averiguar qué es lo que **usted** debe pagar por estos servicios, ver las páginas 25–32.

Sección 2: Diálisis Renal

Servicios y suministros de diálisis cubiertos por Medicare (continuación)



Medicinas para diálisis en el hogar cubiertas por Medicare

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

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

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

Sección 2: Diálisis Renal

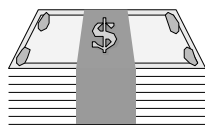
Servicios y suministros de diálisis que NO están cubiertos por Medicare

Medicare **no** pagará por:

Servicio o suministro	No cubierto
Ayudantes de diálisis pagados para ayudar a administrar el tratamiento de diálisis en el hogar	X
Cualquier pago perdido de usted o de la persona que lo está ayudando durante su entrenamiento de autodiálisis	X
Un lugar para quedarse durante su tratamiento	X
Sangre o unidades de concentrados de glóbulos rojos para autodiálisis en el hogar, a menos de que formen parte de los servicios del médico, o se necesiten para preparar el equipo de diálisis	X
Transporte al centro de diálisis (ver página 33 para la cobertura de casos especiales)	X

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis



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

Diálisis en un centro de diálisis

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

Ejemplo

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

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



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

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

(Continúa en la página 26).

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en un hospital

Si a usted lo ingresan a un hospital y recibe diálisis, sus tratamientos estarán cubiertos por la Parte A de Medicare como parte de los costos de su estadía como paciente interno en el hospital. Ver el cuadro de cobertura de la Parte A de Medicare en las páginas 55–56.

Servicios de los médicos

Servicios médicos para pacientes ambulatorios:

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

Ejemplo

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

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

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Servicios de los médicos (continuación)

Servicios médicos para pacientes internos:

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

1. Seguir recibiendo el pago mensual (el mismo pago que por los servicios ambulatorios del médico). En este caso, usted pagará el 20% de la cantidad mensual de los servicios de su médico.
2. Facturar por separado por los servicios de paciente interno que están cubiertos por la Parte A de Medicare. En tal caso, el pago mensual por los servicios del nefrólogo (médico de riñón) puede ser menor, basándose en el número de días que usted permanezca en el hospital. Ver el cuadro de cobertura de la Parte A de Medicare en las páginas 55–56.

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Entrenamiento en autodiálisis

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

Ejemplo

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

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

Diálisis en el hogar

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

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

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



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

Diálisis en el hogar (continuación)

* Para conseguir más información sobre cómo funciona la asignación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir una copia gratis de “¿Su médico o proveedor acepta la asignación?” Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede leer o imprimir una copia de este manual en www.medicare.gov en la Internet.

2. Comunicarse directamente con un proveedor (Método 2)

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

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

El cuadro de la página 30 contiene información específica sobre lo que usted debe pagar por equipo, suministros, y servicios de apoyo para diálisis en el hogar bajo el **Plan Original de Medicare** utilizando las opciones de pago del Método 1 y el Método 2.

Tabla de pagos del Método 1 y el Método 2 para equipamiento, suministros, y servicios de apoyo en el Plan Original de Medicare

Sección 2: Diálisis Renal

	Equipamiento para diálisis en el hogar	Suministros para diálisis en el hogar	Servicios de apoyo para diálisis en el hogar
Comunicándose con su centro de diálisis (Método 1)	Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*	Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*	Medicare paga el 80% de la tarifa compuesta del centro. Usted paga el coseguro del 20%.*
Comunicándose directamente con un proveedor (Método 2)	<p>Si usted compra o alquila equipo de diálisis para el hogar, lo cubrirá la Parte B de Medicare. Usted debe pagar el deducible (ver nota abajo) anual de \$100 de la Parte B. Por lo general la Parte B de Medicare hace pagos mensuales.</p> <p>Si usted compra el equipo, Medicare pagará el 80% del pago mensual del precio de compra. El pago mensual de la Parte B incluye todos los intereses o cargos financieros.</p> <p>Si usted alquila el equipo, Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada del alquiler mensual. Usted paga el coseguro del 20%.</p>	<p>Después de que usted haya pagado el deducible (ver nota abajo) anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare pagará el 80% de los cargos aprobados para todo cubierto. Usted paga el coseguro del 20%.</p>	<p>Después de que usted haya pagado el deducible (ver nota abajo) anual de \$100 de la Parte B, la Parte B de Medicare le paga al centro el 80% de los cargos aprobados para todo servicio cubierto. Usted paga el coseguro del 20%.</p>

*Cada año, usted paga un total de un solo **deducible** de \$100 de la Parte B. Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.



Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

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

Vea la tabla con el Método 1 y el Método 2 en la página 30. Este puede ayudarlo a decidir que opción de pago es la mejor para usted si todavía está en el **Plan Original de Medicare**. Si usted tiene problemas para decidir, pídale a su trabajador social que lo ayude.

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

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

Usted puede conseguir copia del Formulario CMS-382 en su centro de diálisis. Una vez que haya tomado la decisión y entregado el formulario, usted debe quedarse con esa opción de pago hasta el 31 de diciembre de ese año. Por ejemplo, si usted decide escoger la opción de pago del Método 2 en agosto del 2004, debe quedarse con esa opción hasta el 31 de diciembre del 2004.

Usted puede cambiar de un método de pago a otro en cualquier momento: sólo complete un nuevo formulario CMS-382. Pero el cambio no será efectivo hasta el 1 de enero siguiente. Por ejemplo, si completa su formulario CMS-382 para cambiar al Método 1 y se lo devuelve a su centro de diálisis en octubre del 2004, este cambio no será efectivo hasta el 1 de enero del 2005.

Importante:

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

Sección 2: Diálisis Renal

Lo que USTED paga por servicios de diálisis (continuación)

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

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

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

Diálisis cuando usted está de viaje



Antes de viajar, usted debe hacer un plan para sus tratamientos de diálisis antes del viaje. Su centro de diálisis puede ayudarlo a hacer estos planes. Antes de hacerlo, piense en lo siguiente:

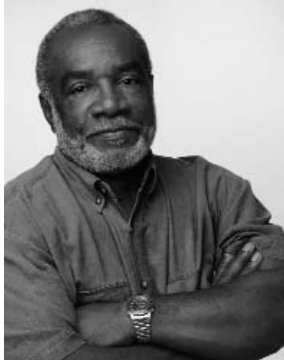
Usted también puede conseguir información sobre centros de diálisis certificados por Medicare en su localidad en www.medicare.gov en Internet. Pulse “Compare Centros de Diálisis”.

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

Hay más de 3,500 centros en todo el país. Su centro o la Red ESRD (ver páginas 61–63) puede ayudarlo a conseguir los nombres y las direcciones de los centros.

Sección 2: Diálisis Renal

Diálisis cuando usted está de viaje (continuación)



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

-Miguel

Paciente de hemodiálisis

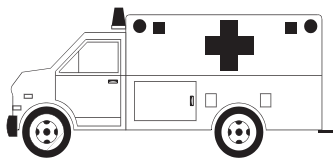
Por lo general Medicare solamente pagará por atención médica o de hospital que usted recibe dentro de los Estados Unidos.

Precaución:

¿Recibe usted sus servicios de diálisis de un proveedor de Método 2 (ver página 29) o de un Plan de Medicare Advantage?

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

Transporte al centro de diálisis



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

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

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

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

Sección 3: Trasplantes de Riñón

¿Qué es un trasplante de riñón?

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

Dónde obtener un trasplante de riñón

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

¿Tiene usted algún problema con el cuidado que está recibiendo para su trasplante? De ser así, usted tiene el derecho de presentar una **queja formal** para resolver su problema. Vea la página 44, “Presentando una queja formal” para más información.



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Sección 3: Trasplantes de Riñón

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare

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

Servicios o Suministro	Parte A de Medicare	Parte B de Medicare
Servicios para paciente interno en un hospital aprobado (ver las tablas de cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare en las páginas 55–60)	✓	
Honorario de registro para trasplante de riñón	✓	
Exámenes de laboratorio y otras pruebas para evaluar su condición médica*	✓	
Exámenes de laboratorio y otras pruebas para evaluar la condición médica de posibles donantes de riñón*	✓	
Los costos para encontrar el riñón apropiado para su cirugía de trasplante (si es que no hay un donante)	✓	
El costo completo del cuidado para su donante de riñón (incluye todo costo razonable para la preparación, la cirugía, y la recuperación después de la operación)	✓	
Cualquier cuidado adicional en el hospital para su donante en caso de problemas debido a la cirugía	✓	
Servicios de los médicos para cirugía de riñón (incluye cuidado antes de la cirugía, la cirugía, y su cuidado después de la cirugía)		✓
Servicios del médico para el donante de su riñón durante su estadía en el hospital		✓
Medicinas inmunosupresivas (para información sobre la duración de la cobertura, ver la página 36)		✓
Sangre (unidades integrales o concentrados de glóbulos rojos, componentes sanguíneos, y el costo para el procesamiento y la administración de la sangre, ver la página 41)	✓	✓

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

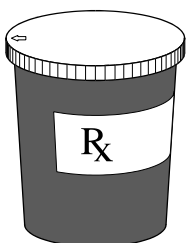
Sección 3: Trasplantes de Riñón

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

Para averiguar lo que usted paga por los servicios en la tabla de la página 35, ver las páginas 39–40.

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

Medicinas para trasplantes (también llamadas medicinas inmunosupresivas)



Nota Importante:

Para estar cubierto con Medicare bajo las medicinas inmunosupresivas, debe cumplir con los requisitos que aparecen en la página 17.

¿Qué son las medicinas inmunosupresivas?

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

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

Si usted deja de tomarlas, es posible que su cuerpo rechace el riñón nuevo y que ese riñón deje de funcionar. Si eso pasa, usted podría comenzar nuevamente con el tratamiento de diálisis. Hable con su médico antes de hacer cualquier decisión.

(Continúa en la página 37.)

Sección 3: Trasplantes de Riñón

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por medicinas para trasplantes?

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

Medicare no pagará por ningún servicio incluyendo las medicinas inmunosupresivas para pacientes que no tienen derecho a Medicare. Si usted ya tiene Medicare debido a su edad o incapacitación antes de tener fallo permanente de los riñones (**ESRD**), o si calificó para Medicare debido a su edad o incapacitación después de recibir un trasplante pagado por Medicare, Medicare continuará pagando por las medicinas inmunosupresivas sin un límite de tiempo.

Si usted tiene Medicare solamente debido a fallo de los riñones, su cobertura de Medicare terminará cuando se acabe su período de 36 meses después de un trasplante.

(Continúa en la página 38.)

Sección 3: Trasplantes de Riñón

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

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

Las medicinas para trasplantes pueden ser muy costosas. Si sólo tiene Medicare por su fallo en los riñones, sus medicinas inmunosupresivas estarán cubiertas sólo por 36 meses después del mes del trasplante. Si usted está preocupado sobre cómo pagar por ellas, hable con su médico, enfermera, o trabajador social. Puede ser que haya otras maneras de ayudarlo a pagar por estas medicinas. (Ver páginas 44–48 para averiguar más sobre otros seguros de salud).

Información especial sobre trasplantes de páncreas

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

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

Si tiene Medicare sólo por su fallo en los riñones y recibe un trasplante del páncreas después del trasplante de riñón, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes de trasplante de riñón. Si ya tenía Medicare por su edad o incapacidad antes de tener ESRD, o si era elegible para Medicare por su edad o incapacidad después de recibir un trasplante, Medicare continuará pagando por las medicinas inmunosupresivas sin un tiempo límite.

Si usted tiene diabetes y la diabetes no le causó fallo del riñón, entonces esta cobertura no aplica para usted.

Sección 3: Trasplantes de Riñón

Servicios de trasplante cubiertos por Medicare (continuación)

Lo que USTED paga por servicios de trasplante de riñón



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

¿Tengo que pagar por el donante de mi riñón?

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

(Continúa en la página 40).

Sección 3: Trasplantes de Riñón

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

Servicios del médico

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

Importante:

Hay un límite sobre la cantidad que su médico le puede cobrar, aún si él no acepta la **asignación**. Si su médico no acepta la asignación, usted tiene que pagar solamente la parte de la cuenta que sobrepasa la **cantidad aprobada por Medicare**, y hasta el límite que Medicare le permite cobrar al médico. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir una copia gratis de “¿Su médico o proveedor acepta la asignación?” Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Este manual le dará información detallada sobre cómo funciona la asignación.

Nota: Ver el cuadro en las páginas 55–56 para obtener detalles sobre lo que usted paga bajo la Parte A de Medicare.

Sección 4: Cómo Medicare Paga por Sangre

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

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

Medicare no paga por sangre para autodiálisis en el hogar, a menos de que forme parte de un servicio del médico o si se necesita para preparar el equipo de diálisis.

Lo que USTED paga por sangre

Bajo la **Parte A de Medicare**, usted paga por:

Las primeras tres unidades de sangre íntegra o unidades de concentrados de glóbulos rojos que usted recibe durante un **período de beneficios** mientras está en el hospital o centro de enfermería especializada. Usted puede escoger entre pagar los costos de hospital de sangre o los concentrados glóbulos rojos, o puede reponer la sangre (ver “Cómo reponer sangre”, en la página 42).

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



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

(Continúa en la página 42.)

Sección 4: Cómo Medicare Paga por Sangre

Lo que USTED paga por sangre (continuación)

Bajo la **Parte B de Medicare** usted paga por:

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

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

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

Cómo reponer la sangre

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

¿Me pueden cobrar por sangre que repuse?

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

— Sección 5: Apelaciones y Quejas Formales —

Apelaciones

Sus Derechos Medicare

Si usted tiene Medicare, tiene garantizados ciertos derechos que sirven para protegerlo. Uno de estos derechos es el de un proceso justo, eficiente y oportuno para apelar decisiones sobre servicios y pagos de salud. **No importa si usted está en el Plan Original de Medicare o un Plan de Medicare Advantage, siempre tiene el derecho de apelar.** Usted puede apelar si:

- No está de acuerdo con la cantidad que se está pagando.
- No se cubre un servicio, que usted cree que debería estar cubierto.
- Le niegan un servicio o suministro y usted cree que debería estar cubierto.

Derechos de apelación en el Plan Original de Medicare

Si usted está en el Plan Original de Medicare, puede presentar una apelación por cualquiera de las razones listadas arriba. Si usted presenta una apelación, pídale a su médico o proveedor cualquier información relacionada a la cuenta que puede apoyar su caso. Sus derechos de apelación aparecen al dorso del Resumen de Medicare que a usted le envía la compañía que le maneja las cuentas a Medicare. Este aviso también le dirá el porqué Medicare no pagó su cuenta, y que es lo que usted debe hacer para apelar.

Derechos de apelación en un Plan Medicare Advantage o en un Plan Privado de Pago por Servicio

Si usted está en un Plan de Salud Administrado Medicare o en un Plan Privado de Pago por Servicio, puede presentar una apelación si su plan no paga por, no permite, o suspende un servicio que usted cree debería estar cubierto o ser brindado. Consulte los materiales de afiliación de su plan, o comuníquese con su plan para conseguir los detalles sobre sus derechos de apelación de Medicare. Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir más información sobre sus derechos durante un proceso de apelación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

— Sección 5: Apelaciones y Quejas Formales —

Presentando una queja formal

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

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

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

Si usted presenta una queja formal con su centro, y todavía siente que el problema no se ha resuelto, tiene el derecho a presentar una queja formal con la Red ESRD en su localidad. Llame a la Red **ESRD** para averiguar que es lo que usted debe hacer para presentar una queja formal (ver páginas 53–54).

También puede llamar a su Agencia de Revisión del Estado (State Survey Agency) para quejarse sobre su cuidado de salud. **Sus llamadas y su identidad se mantendrán en confidencialidad.** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida el número para su Agencia de Revisión del Estado, o busque en www.medicare.gov en la Internet y pulse “Contactos Útiles.” Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Sección 6: Otros Tipos de Seguros de Salud

Otros tipos de seguros de salud

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

1. Cobertura de empleado o de retirado, por medio de un empleador o un sindicato (ver a continuación)
2. Una póliza de seguro Medigap (ver a continuación)
3. Medicaid (ver página 47)
4. Beneficios de la Administración de Veteranos (ver página 48)

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

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

En la mayoría de los casos, los planes de salud de grupo de empleador deben pagar antes de que pague Medicare (ver página 15).

(Continúa en la página 46).

Sección 6: Otros Tipos de Seguros de Salud

2. Una póliza de seguro Medigap

Una póliza de seguros “Medigap” llena las “faltas” en la cobertura del **Plan Original de Medicare**. Los seguros Medigap deben cumplir con las leyes federales y estatales. Estas leyes están para protegerlo a usted. Toda póliza Medigap está claramente marcada “Seguro Suplementario de Medicare”.

Algunas empresas de seguros le venderán pólizas Medigap a personas con Medicare menores de los 65 años. Sin embargo, es posible que estas pólizas le cuesten más. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para conseguir información sobre como comprar una póliza Medigap si usted está incapacitado o tiene **ESRD** (ver páginas 53–54).

Para conseguir información más detallada sobre pólizas Medigap:

- ✓ Llame GRATIS a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia gratis de la **“Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare”**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ✓ Vaya a www.medicare.gov en la página Web para obtener información sobre las pólizas de Medigap en su estado. Pulse "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare." Cuando use este sitio Web, obtendrá una página de resumen personalizado con información general para ayudarlo a comparar los planes disponibles en su zona. También puede conseguir información detallada sobre los planes disponibles en su área o los que le interesen más.
 - Cuáles pólizas Medigap se venden en su estado.
 - Cómo elegir por una póliza Medigap.
 - Qué es lo que deben cubrir estas pólizas.
 - Cómo es que las empresas de seguros deciden qué cobrarle como prima para una póliza Medigap.
 - Sus derechos y protecciones de Medigap.

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

Sección 6: Otros Tipos de Seguros de Salud

3. Medicaid

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

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

- Tener la Parte A de Medicare (seguro de hospital). Si usted no está seguro de si tiene la Parte A, mire su tarjeta blanca, azul y roja de Medicare o llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.
- Tener un ingreso mensual menor que \$1,068 para un individuo o de \$1,426 para una pareja en el 2004.* Estos límites en los ingresos son levemente más altos en Hawaii y Alaska. Los límites de ingreso pueden cambiar un poco en el 2005.
- Tener ahorros de \$4,000 o menos para un individuo o \$6,000 para una pareja. Los ahorros incluyen dinero en una cuenta de cheques o de ahorros, acciones, o bonos.



Recuerde, los términos en **rojo** se definen en las páginas 61–63.

Para obtener más información sobre estos programas, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida información sobre **“Ahorros para Beneficiarios de Medicare”**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6: Otros Tipos de Seguros de Salud

4. Beneficios de la Administración de Veteranos

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



“Cuando yo sufrí fallo de los riñones, tenía un seguro de salud de grupo de empleador además de Medicare. Cuando perdí mi trabajo, pude conseguir mis servicios médicos por medio de la Administración de Veteranos”.

-Don
Paciente de trasplante

Otras formas de obtener ayuda

- En la mayoría de los estados hay agencias que ayudan con algunos de los gastos de salud que no son pagados por Medicare.
- Algunos estados tienen Comisiones sobre los Riñones que también le ayudan a las personas a pagar los costos que no paga Medicare.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud si usted tiene preguntas sobre seguros de salud (ver páginas 53–54).

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

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

Organizaciones especiales sobre los riñones

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

American Association of Kidney Patients
(Asociación Americana de Pacientes Renales)
100 S. Ashley Dr. Suite 280
Tampa, Florida, 33602
1-800-749-2257
www.aakp.org (en la Internet)

American Kidney Fund
(Fondo Americano del Riñón)
6110 Executive Blvd., Suite 1010
Rockville, MD, 20852-3903
1-800-638-8299
www.akfinc.org (en la Internet)

National Kidney Foundation, Inc.
(Fundación Nacional del Riñón, Inc.)
30 E. 33rd Street, 11th Floor
New York, NY 10016
1-800-622-9010
www.kidney.org (en la Internet)

**National Kidney and Urologic Diseases
Information Clearinghouse**
(Centro Nacional Informativo de Enfermedades
Renales y Urológicas)
3 Information Way
Bethesda, Maryland 20892
301-654-4415
www.niddk.nih.gov (en la Internet)

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Redes de Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD)

Usted puede llamar a la Organización de la Red ESRD de su localidad (ver páginas 53–54) para obtener información sobre:

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

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

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés de **State Health Insurance Assistance Program**) (ver páginas 53–54) si usted tiene preguntas sobre:

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

Agencia de Revisión del Estado (State Survey Agency)

La Agencia de Revisión del Estado hace inspecciones de los centros de diálisis y se asegura de que las normas de Medicare se están cumpliendo. Su Agencia de Revisión del Estado también puede ayudarlo si usted tiene una queja sobre su cuidado de salud.

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida el número de su Agencia de Revisión estatal, o vea en www.medicare.gov en la Internet y seleccione “Contactos Útiles”. **Sus llamadas y su identidad se mantendrán en confidencialidad.** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Otros Manuales de Medicare para Pacientes Renales

Medicare tiene dos manuales:

1. **“Sabe su número... ¿Está recibiendo tratamientos de diálisis adecuados?”**

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

2. **“Preparándose para emergencias, una Guía para gente con diálisis”.**

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

Para pedir su copia GRATIS de estos manuales, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede verlos o imprimir copia de los manuales en www.medicare.gov en la Internet. Seleccione “Publicaciones”.

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Números telefónicos importantes

Los números telefónicos para las Redes ESRD y el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud aparecen en las páginas 53-54. A la hora de imprimir este manual, estos números telefónicos estaban correctos, pero los números telefónicos a veces pueden cambiar. Para conseguir los números más actualizados, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o busque en la Internet en www.medicare.gov y seleccione “Contactos Útiles”. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.

Sección 7: Dónde Obtener Más Información

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. Incluye números telefónicos para su información. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite la sección [Contactos Útiles](#) en nuestro sitio web en la Internet. Gracias.

— Sección 8: Cobertura de Medicare Parte A —

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

Estadías en el Hospital: Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye cuidado en hospitales de acceso crítico y cuidado de salud mental. Esto no incluye enfermería privada, o una televisión o teléfono en su habitación. Tampoco incluye una habitación privada a menos de que sea **médicamente necesario**. La cobertura de estadías de internación en una institución psiquiátrica se limita a 190 días por vida.

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

Lo que USTED paga en el 2004 en el Plan Original de Medicare **

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Un total de \$876 para una estadía de hospital de 1–60 días.
- \$219 por día para una estadía de hospital de 61–90 días.
- \$438 por día para una estadía de hospital de 91–150 días.
- Todo costo por cada día por encima de los 150 días.

Por cada período de beneficios USTED paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta \$109.50 por día para los días 21–100.
- Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios.

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

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

** Las nuevas cantidades para la Parte A y la Parte B estarán disponibles después del primero de enero de cada año.

Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte A de Medicare, llame a su Intermediario Fiscal. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida el número telefónico de su Intermediario Fiscal. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

— Sección 8: Cobertura de Medicare Parte A —

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

Servicios de cuidado de la salud en el hogar:* Cuidado de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia física, terapia vocal, servicios de un asistente para la salud en el hogar, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores) y suministros médicos, y otros servicios (ver páginas 49). Para conseguir un folleto sobre el cuidado de la salud en el hogar, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cuidado de Hospicio:* Para personas con enfermedad terminal, incluyendo medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, servicios médicos y de apoyo de una facilidad de hospicio aprobada por Medicare, y otros servicios que de otra forma no cubre Medicare. También usualmente el cuidado de hospicio se ofrece en su casa. Para conseguir un folleto gratis sobre el cuidado de hospicio, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Sin embargo, Medicare cubre algunas estadías de corto plazo y cuidado de relevo de paciente interno (para que descanse el cuidador de costumbre). La habitación y las comidas no están cubiertas cuando recibe cuidado de hospicio como paciente interno en un asilo de ancianos o una facilidad de hospicio.

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

Lo que USTED paga en el 2004 en el Plan Original de Medicare**

USTED paga:

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

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

USTED paga:

- Un **copago** de hasta \$5 para medicinas recetadas para pacientes ambulatorios, y el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para cuidado de relevo para paciente interno (cuidado a corto plazo que se le da a un paciente de hospicio, para que descanse el cuidador permanente). La cantidad que usted paga por cuidado de relevo puede variar de año en año.
- Si usted tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar.

USTED paga:

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

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

** Las nuevas cantidades para la Parte A y la Parte B estarán disponibles después del primero de enero de cada año.

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

— Sección 8: Cobertura de Medicare Parte B —

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

Servicios Médicos y Otros: Servicios del médico (con la excepción de exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos ambulatorios y quirúrgicos, exámenes diagnósticos, honorarios de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados, y equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores). También cubre segundas opiniones en materia de cirugía. Para conseguir un folleto sobre segundas opiniones quirúrgicas, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También cubre terapia física y ocupacional externa, incluyendo terapia del habla.

Servicios ambulatorios de salud mental.

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

Lo que USTED paga en el 2004 en el Plan Original de Medicare (ver Nota al pie de la página)**

USTED Paga:

- **Deducible** de \$100 (se paga solamente una vez por año calendario).
- 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después del deducible, si el médico, proveedor o suplidor acepta la asignación de Medicare.

- 20% de todo servicio ambulatorio de terapia física, ocupacional y del habla.

- 50% de cualquier servicio ambulatorio de salud mental.

USTED Paga:

- Nada por servicios aprobados por Medicare.

Nota: Las cantidades actuales que usted deberá pagar son mayores si el médico no acepta la **asignación** y es posible que usted tenga que pagar la cantidad completa. Medicare entonces le enviará la parte que corresponde de esos costos. Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte B de Medicare, llame a su Agencia de Seguros Medicare. Si usted tiene preguntas sobre equipo médico duradero, incluyendo suministros médicos para diabéticos, llame a su DMERC.

****** Las nuevas cantidades para la Parte A y la Parte B estarán disponibles después del primero de enero de cada año.

— Sección 8: Cobertura de Medicare Parte B —

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

Lo que USTED paga en el 2004 en el Plan Original de Medicare (ver Nota al pie de la página)**

Servicios de Salud en el Hogar:*

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

USTED Paga:

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

Servicios ambulatorios de hospital:

Servicios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.

USTED Paga:

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

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

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

USTED Paga:

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

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

** Las nuevas cantidades para la Parte A y la Parte B estarán disponibles después del primero de enero de cada año.

Nota: Las cantidades actuales que usted deberá pagar son mayores si el médico no acepta la **asignación** y es posible que usted tenga que pagar la cantidad completa. Medicare entonces le enviará la parte que corresponde de esos costos su porción de los costos. Si usted tiene preguntas generales sobre la Parte B de Medicare, llame a su **Agencia de Seguros Medicare**. Si usted tiene preguntas sobre equipo médico duradero, incluyendo suministros médicos para diabéticos, llame a su DMERC.

Sección 8: Servicios Preventivos de Medicare Parte B

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare	Quien está cubierto...	Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...
<p>Medición de la masa ósea: Una vez cada 24 meses si cualifica y con más frecuencia si es necesario por razones médicas.</p>	<p>Hable con su médico para saber si usted cualifica.</p>	<p>20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad de copago) después del deducible anual Parte B.</p>
<p>Examen de cáncer colorectal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal (FOBT, por sus siglas en inglés) - Una vez cada 12 meses. Sigmoidoscopia Flexible* - Una vez cada 48 meses. Colonoscopia* - Una vez cada 24 meses si usted presenta un alto riesgo en padecer de cáncer colorectal. Si no presenta un alto riesgo para cáncer colorectal, una vez cada 10 años, pero no dentro de 48 meses de una sigmoidoscopia flexible. Esta cubierto cada 24 meses si usted presenta un alto riesgo de cancer colorectal y 48 meses si no presenta un alto riesgo. Enema de Bario - El médico puede usarla en vez una sigmoidoscopia o colonoscopia. 	<p>Toda persona con Medicare, de 50 años o más. Sin embargo, no hay límite de edad para la colonoscopia. Nota: No hay mínimo de edad para hacerse una colonoscopia.</p>	<p>Nada para los exámenes de sangre oculta en materia fecal. Para cualquier otro examen, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.</p> <p>*(Por la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia, usted paga el 25% de la cantidad aprobada por Medicare, si se hace en el departamento ambulatorio de un hospital).</p>
<p>Servicios de diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento para la auto administración 	<p>Ciertas personas con Medicare con riesgo a tener complicaciones debido a la diabetes. Su médico u otro proveedor debe pedir estos servicios.</p>	<p>20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B.</p>
<p>Evaluación de Glaucoma: Una vez cada 12 meses. Debe llevarlo a cabo o supervisarlos un doctor de ojos que esté autorizando legalmente para administrar este servicio en su estado.</p>	<p>Personas con Medicare que presenten un alto riesgo de padecer de glaucoma, entre ellas las personas con diabetes, personas con un historial familiar de glaucoma o afroamericanos que tengan 50 años o más.</p>	<p>20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible anual Parte B.</p>

Sección 8: Servicios Preventivos de Medicare Parte B

Servicios preventivos cubiertos por la Parte B de Medicare	Quien está cubierto...	Lo que USTED paga en el Plan Original de Medicare...
<p>Citología papanicolau y examen pélvico: (Incluye un examen clínico de los senos). Una vez cada 24 meses. Una vez cada 12 meses si usted presenta un alto riesgo padecer cáncer cervical o vaginal, o si usted está en edad de concebir y tuvo un examen Papanicolau anormal en los 36 meses anteriores.</p>	<p>Toda mujer con Medicare.</p>	<p>No hay coseguro y no hay deducible Parte B para los exámenes Papanicolau. Para servicios recolección del examen Papanicolau y exámenes pélvicos y de los senos, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad de copago) sin deducible anual Parte B.</p>
<p>Examen para el cáncer de la próstata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen Digital Rectal - Una vez cada 12 meses. • Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por sus siglas en inglés de Prostate Specific Antigen Test) Una vez cada 12 meses. 	<p>Todo hombre con Medicare de 50 años o más.</p>	<p>Generalmente, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del deducible anual Parte B. No hay coseguro y no hay deducible Parte B para el examen PSA.</p>
<p>Examen de mamografía Una vez cada 12 meses. Usted también puede conseguir una mamografía de base entre las edades de 35 y 39.</p>	<p>Toda mujer con Medicare de 40 años o más.</p>	<p>20% de la cantidad aprobada por Medicare sin deducible anual Parte B</p>
<p>Inyecciones (vacunas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna de Influenza - Una vez al año en el otoño o el invierno. • Inyección contra la Pulmonía - Posiblemente una en su vida sea suficiente. Consulte con su médico. • Inyección contra la Hepatitis B - Si usted presenta de mediano a alto riesgo para la hepatitis. 	<p>Toda persona con Medicare.</p> <p>Toda persona con Medicare.</p> <p>Ciertas personas con Medicare de mediano a alto riesgo para la Hepatitis B.</p>	<p>Nada por las inyecciones/ vacunas contra la influenza y la pulmonía si el proveedor de servicios de salud acepta la asignación.</p> <p>Para las vacunas contra la Hepatitis B, el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (o una cantidad fija de copago) después del deducible anual Parte B.</p>

Sección 9: Definiciones de Palabras Importantes

Apelación

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

Asignación

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

Cantidad Aprobada por Medicare

Esta es la cantidad de Medicare para el pago por un artículo o servicio. Esta es la cantidad que usted y Medicare le pagarán a un médico o proveedor por un servicio o suministro. Puede ser menor que la cantidad que realmente cobra el médico o proveedor. A la cantidad aprobada a veces también se le llama el “Cobro Aprobado”

Coseguro

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

Deducible

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

Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD)

Fallo de los riñones lo suficientemente grave para requerir diálisis de por vida o un trasplante de riñón.

Necesario por Razones Médicas

Servicios o suministros médicos que:

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

Sección 9: Definiciones de Palabras Importantes

Pagador Secundario

La póliza, el plan o el programa de seguros que es el segundo en pagar una reclamación por atención médica. Esto podría ser Medicare, Medicaid, u otro asegurador, dependiendo de la situación.

Período de Beneficios

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

Período de Coordinación

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

Período de Inscripción General

(GEP, por sus siglas en inglés de General Enrollment Period) El GEP es del 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe en la Parte B durante el GEP, su cobertura comienza el 1 de julio.

Plan de Medicare Advantage

Un programa de Medicare que ofrece más opciones dentro de los planes de salud. Todas las personas que tienen las Partes A y B son elegibles, excepto aquellos que tengan Enfermedad Renal de Etapa Final (ESRD) a menos que ciertas excepciones apliquen.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos

Un plan de Medicare Advantage en la que debe usar los médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan. También puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional.

Plan de Salud Administrado Medicare

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

Sección 9: Definiciones de Palabras Importantes

Plan Original de Medicare

Un plan de salud en el que se paga por cada consulta y que le permite a usted acudir a cualquier médico, hospital, u otro suplidor de servicios de salud que acepte Medicare y pacientes nuevos.

Usted debe pagar el deducible.

Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde (el coseguro).

El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico).

Plan Privado de Pago por Servicio de Medicare

Una plan privado de seguro que acepte personas con Medicare. Usted puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago del plan. El plan de seguros, en vez del programa Medicare, es el que decide cuanto pagará y cuanto pagará usted por los servicios que usted recibe.

Es posible que usted pague más por beneficios cubiertos por Medicare. Es posible que usted obtenga beneficios adicionales que el Plan Original de Medicare no cubre.

Prima

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

Queja Formal

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

Sección 10: Índice

American Association of Kidney Patients	49
American Kidney Fund	49
Apelaciones	43, 61
Asignación	29, 40, 61
Auto Diálisis en el hogar	28–32
Beneficios de la Administración de Veteranos	48
Coseguro	25–28, 30, 40, 57-61
Deducible	26, 28, 30, 40, 57–61
Definiciones de palabras importantes	61–63
Diálisis	18–33
Encontrar un centro de Diálisis	19
Lo que está cubierto	22–23
Lo que no está cubierto	24
Lo que usted paga	25–32
Transporte	33
Viajes	32–33
Entrenamiento en Auto Diálisis	28
Inscripción (Medicare)	10
Medicaid	47
Medicare, Cobertura (Comienza)	12–13
Medicare, Cobertura (Termina)	14
Medicinas inmunosupresivas	36–38
National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse	49
National Kidney Foundation, Inc.	49
Números telefónicos para obtener ayuda	53–54
Organizaciones de los riñones	49
Pagador secundario	15, 62
Parte A (Seguro de Hospital)	6, 9

Sección 10: Índice

Parte B (Seguro Medico)	6, 9–11
Período de beneficios	55, 62
Período de Inscripción General	10
Plan Medicare Advantage	7–8, 62
Plan de salud de grupo de empleador	15–17, 45
Plan Original de Medicare	7–8, 62
Plan Privado de Pago por Servicio	7–8, 62
Planes de Salud Administrados Medicare	7–8, 63
Prima	6–7, 10
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	50, 53–54
Queja Formal	44, 63
Redes ESRD	50, 53–54
Sangre, cobertura de	41–42
Seguros Medigap	46
Trasplante de páncreas	38
Trasplante de Riñón	34–40
Lo que está cubierto	35–38
Lo que usted paga	39–40
Medicinas	36–37
Transporte a Diálisis	33
Viajes (Diálisis)	32–33

Números Telefónicos Importantes



Números Telefónicos

Médico

_____ - _____ - _____

Trabajador Social

_____ - _____ - _____

Centro de Diálisis

_____ - _____ - _____

Empresa de Seguros

_____ - _____ - _____

Red ESRD

_____ - _____ - _____

Agencia de Revisión del Estado

_____ - _____ - _____

_____ - _____ - _____

_____ - _____ - _____

_____ - _____ - _____

Notas

Notas

Notas

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centers de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD, 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, \$300

Publicación No. CMS - 10128-S
septiembre 2003

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

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

