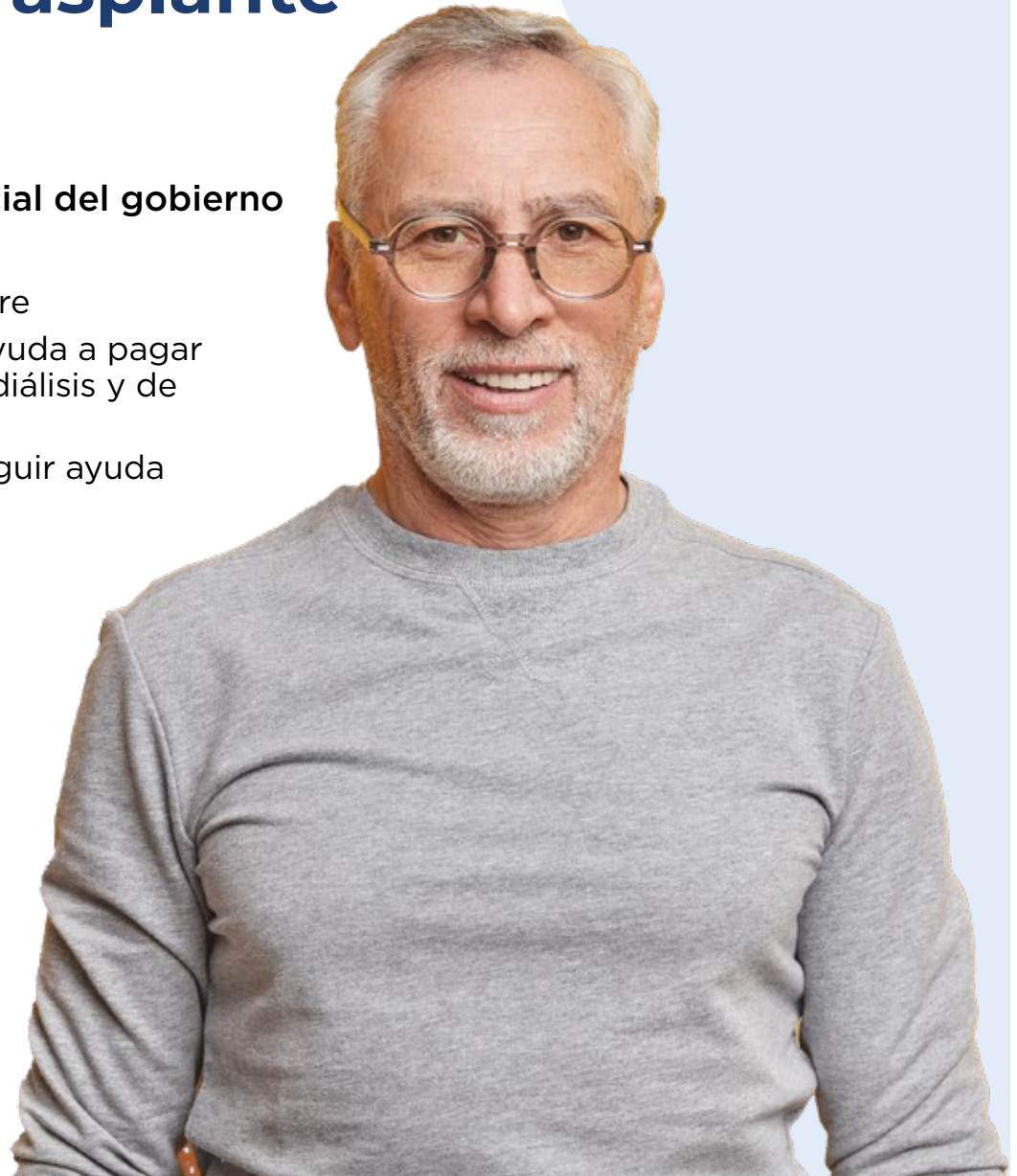


La Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón

Esta publicación oficial del gobierno le explica:

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

es.Medicare.gov



Medicare

Contenido

Lo básico de Medicare	1
Diálisis Renal	11
Trasplante de riñón	19
Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)	25
Costos y pagos	29
Presentar quejas	35
Otro tipo de cobertura médica	39
Más información	43
Definiciones	45



Sección 1

Lo básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para las personas:

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

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

¿Qué cubre Medicare?

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

- La internación en el hospital
- [Centro de enfermería especializada](#)
- El cuidado de hospicio
- El [cuidado de la salud en el hogar](#)

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

- Los servicios médicos y de otros proveedores de la salud
- La atención ambulatoria
- Equipo médico duradero (como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos)
- Muchos [servicios preventivos](#) (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “Bienestar”)

Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos)

Ayuda a cubrir el costo de los medicamentos recetados (incluidas muchas inyecciones o vacunas recomendadas). La Parte D también le ayuda con los costos de sus medicamentos que no cubre la Parte B.

Los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) están administrados por compañías de seguros privadas que siguen las reglas establecidas por Medicare. Diferentes planes cubren diferentes medicamentos, pero los planes deben cubrir una amplia gama de medicamentos que son médicamente necesarios que toman las personas con Medicare.

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

Opciones de Planes Medicare

Hay dos formas principales de obtener Medicare. Puede obtener su cobertura a través de [Medicare Original](#) o puede inscribirse en un [plan Medicare Advantage](#).

Si padece de ESRD y selecciona Medicare Original

Puede acudir a cualquier médico o proveedor que acepte Medicare y esté aceptando nuevos pacientes, o a cualquier hospital u otro centro participante.

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

Cuando está inscrito en el plan Medicare Original, puede agregar la cobertura de medicamentos (Parte D) de Medicare si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos. Vaya a la página 25.

Opciones de Planes Medicare (continuación)

Si tiene ESRD y selecciona un plan Medicare Advantage

Los planes Medicare Advantage son un tipo de [plan de salud de Medicare](#) ofrecido por una compañía de seguros privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B. La mayoría de los planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de medicamentos Parte D. Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original. Algunos planes podrían ofrecer beneficios adicionales que [Medicare Original](#) no cubre, como cobertura de la vista, audición y dental. Los costos de bolsillo varían en cada plan.

Una vez que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage. Visite es.Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan para obtener más información.

Importante: En muchos casos, solo podrá utilizar proveedores de atención médica que participen en la red y el área de servicio del plan. Antes de inscribirse, es posible que desee consultar con sus proveedores y el plan que está considerando para asegurarse de que los proveedores que lo atiende actualmente (como su centro de diálisis o su médico de riñón), o desea ver en el futuro (como un especialista en trasplantes), están en la red del plan para el próximo año. Para obtener más información sobre un plan Medicare Advantage específico, comuníquese con el plan o visite es.Medicare.gov/plan-compare.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre), o dentro de los primeros 3 meses que tiene las Partes A y B de Medicare, es elegible para cambiar su opción de inscripción. También puede realizar cambios durante la Inscripción Abierta de Medicare Advantage (del 1 de enero al 31 de marzo). Si tiene un plan Medicare Advantage, puede volver a Medicare Original o cambiar a un plan Medicare Advantage diferente (dependiendo de qué cobertura funcione mejor para usted).

Para conocer más sobre los planes Medicare Advantage visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/compare.

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

Obtener Medicare con ESRD

Puede obtener Medicare sin importar la edad que tenga, si sus riñones ya no funcionan, necesita diálisis regular o si se sometió a un trasplante de riñón, y uno de estos casos se aplica a usted:

- Ha trabajado la cantidad de tiempo requerida según el Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) o como empleado del gobierno
- Ya está recibiendo o es elegible para recibir beneficios del Seguro Social o RRB
- Es cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumple cualquiera de los requisitos anteriores

También debe presentar una solicitud y cumplir con los períodos de espera que aplican.

Nota: Si califica para la Parte A de Medicare, también puede obtener la Parte B de Medicare. La mayoría de las personas deben pagar una **prima** mensual por la Parte B. Vaya a la página 29. Inscribirse en la Parte B es su elección, pero necesitará ambas Partes A y B para obtener todos los beneficios disponibles bajo Medicare para cubrir ciertos servicios de diálisis y trasplante de riñón.

Si no califica para Medicare, es posible que pueda obtener ayuda de su estado para pagar sus tratamientos de diálisis. Vaya a la página 39.

Visite SSA.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener más información sobre la cantidad de tiempo requerida según el Seguro Social, la RRB o como empleado del gobierno para ser elegible para Medicare basado en ESRD. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Si su hijo tiene ESRD

Su hijo puede estar cubierto si usted o su cónyuge han trabajado la cantidad de tiempo requerida según el Seguro Social, la RRB o como empleado del gobierno. Su hijo también puede estar cubierto si usted, su cónyuge o su hijo reciben beneficios del Seguro Social o RRB, o son elegibles para recibir esos beneficios.

Medicare puede ayudar a cubrir los costos médicos de su hijo si necesita diálisis regular porque sus riñones ya no funcionan o si recibió un trasplante de riñón.

Visite es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease para obtener más información. Para inscribir a su hijo en Medicare u obtener más información sobre la elegibilidad, llame o visite su oficina local del Seguro Social. Puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 para programar una cita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cómo puede inscribirse en Medicare

Si es elegible para Medicare debido a ESRD, puede inscribirse visitando su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Una vez tenga Medicare, deberá elegir cómo obtener su cobertura. Vaya a las páginas 2-4. Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura, visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov).

Aviso: Si ya tiene Medicare debido a su edad o incapacidad, y actualmente está pagando una multa por inscripción tardía de la Parte B, deberá inscribirse nuevamente en Medicare (debido a ESRD) para dejar de pagar la multa. Llame a su oficina local del Seguro Social para programar una cita para volver a inscribirse en Medicare debido a ESRD.

¿Cuándo empieza la cobertura de Medicare?

La elegibilidad para la cobertura de Medicare basada en ESRD funciona de manera diferente a otros tipos de elegibilidad de Medicare. Si es elegible para Medicare debido a ESRD y no se inscribe de inmediato, su cobertura podría comenzar hasta 12 meses antes del mes de la solicitud pero no antes de la fecha en que se volvió elegible por primera vez. La cobertura retroactiva significa que usted puede estar cubierto por algunos costos que ocurrieron en el pasado.

Ejemplo: si es elegible para Medicare basado en ESRD en febrero, pero no se inscribe en Medicare hasta noviembre, su cobertura de Medicare comenzará en febrero.

Para obtener más información, visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si está recibiendo diálisis

Cuando se inscriba en Medicare porque padece de Enfermedad Renal en Etapa Final y **está en tratamiento de diálisis**, su cobertura de Medicare generalmente comienza el primer día del cuarto mes del tratamiento continuo (también conocido como “período de espera”). Por ejemplo, si comienza el tratamiento de diálisis el 1 de julio, su cobertura comenzará el 1 de octubre.

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

¿Cuándo empieza la cobertura de Medicare? (continuación)

Para algunos, la cobertura de Medicare puede comenzar tan pronto como el primer mes de tratamiento regular de diálisis si usted cumple ambas condiciones:

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

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

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

Si le harán un trasplante de riñón

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

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

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

¿Cuándo termina la cobertura de Medicare?

Si usted es elegible para Medicare sólo por padecer ESRD, la cobertura terminará:

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

Su cobertura de Medicare se extenderá si:

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

Nota: Medicare ofrece un beneficio que ayuda a pagar los medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses, si no tiene ciertos tipos de cobertura médica. Este beneficio sólo cubre medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No es un sustituto de la cobertura médica completa. Visite es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease para obtener más información.

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

Si usted es elegible para Medicare sólo porque padece de insuficiencia renal permanente, su elegibilidad generalmente no puede empezar hasta después del período de espera. Por lo tanto, si usted tiene plan de salud grupal de empleador o sindicato, dicho plan será el único que pague durante los tres primeros meses de su tratamiento de diálisis (a menos que tenga otra cobertura).

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

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

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

El período de coordinación de 30 meses

El período de coordinación de 30 meses comienza el primer mes en que sería elegible para recibir Medicare debido a una insuficiencia renal permanente (generalmente el cuarto mes de diálisis), incluso si aún no se ha inscrito en Medicare.

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

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

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

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

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

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

No, pero debe pensarlo bien. Si le hacen un trasplante de riñón, tendrá que tomar medicamentos inmunosupresores por el resto de su vida, así que es muy importante saber si serán cubiertos. La Parte B de Medicare sólo cubre medicamentos inmunosupresores en circunstancias específicas. Vaya a las páginas 21-23.

Nota: Si no reúne las condiciones para obtener la Parte B para la cobertura de los medicamentos inmunosupresores, tal vez pueda obtener cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos de la Parte D. Vaya a las páginas 25-28 para conocer más.

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

Si retrasa su inscripción en Medicare, no tendrá que pagar la prima de la Parte B por una cobertura que aún no necesita. Después del período de coordinación de 30 meses, usted debe inscribirse en las Partes A y B. **Su prima de la Parte B no será más alta porque retrasó su inscripción mientras estaba cubierto por el plan de salud grupal de su empleador o sindicato según su empleo actual o el de su cónyuge.** Si los beneficios de su plan de salud grupal disminuyen o terminan durante este período de coordinación, deberá inscribirse en las Partes A y B lo antes posible.

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

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



Sección 2

Diálisis Renal

¿Qué es la diálisis?

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

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

Opciones de tratamiento de diálisis

Hay dos tipos de tratamiento de diálisis:

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

Debe hablar con su médico y su equipo médico para decidir qué tipo de diálisis necesita basándose en su situación.

Servicios e insumos de diálisis cubiertos por Medicare

Servicio o insumo	Medicare Parte A	Medicare Parte B
Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido al hospital para cuidado especial).	✓	
Tratamientos de diálisis y servicios médicos para pacientes ambulatorios (cuando recibe el tratamiento en cualquiera de los centros de diálisis certificados por Medicare). Vaya a las páginas 14-17.		✓
Entrenamiento para auto-diálisis (incluye la instrucción para usted y la persona que lo ayuda con su diálisis en el hogar).		✓
Equipo e insumos para diálisis en el hogar (como la máquina, sistema de tratamiento del agua, una silla básica reclinable, alcohol, toallitas, vendajes estériles, guantes de goma y tijeras). Vaya a las páginas 16-17.		✓
Ciertos servicios de apoyo para el hogar (puede incluir visitas de personal entrenado del hospital o centro de diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudarlo durante las emergencias y para controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua). Vaya a las páginas 16-17.		✓
La mayoría de los medicamentos para diálisis en el hogar o ambulatoria. Vaya a la página 25.		✓
Otros servicios e insumos que son parte del tratamiento de diálisis (tales como los análisis de laboratorio).		✓

Para averiguar cuánto le corresponde pagar por estos servicios, vaya a las páginas 29-34.

Servicios y suministros de diálisis NO cubiertos por Medicare

Medicare no cubre estos servicios o suministros:

- Auxiliares de diálisis pagados para ayudarlo con la diálisis en el hogar
- Cualquier pago perdido para usted o la persona que pueda estar ayudándolo durante el entrenamiento de diálisis en el hogar.
- Un lugar para quedarse durante su tratamiento
- Sangre o concentrado de glóbulos rojos para diálisis en el hogar, a menos que sea parte del servicio de un médico

Hay algunos tipos de cobertura que pueden pagar algunos de los costos de atención médica que Medicare no paga. Consulte las páginas 39–41. Para obtener más información sobre Parte D [la cobertura de medicamentos de Medicare](#), consulte las páginas 25–28.

Centros de diálisis

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

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

Cada año Medicare evalúa las facilidades de diálisis usando diferentes medidas de calidad. Estas medidas de calidad muestran la frecuencia con la que los centros de diálisis utilizan las mejores prácticas cuando lo atienden. Medicare otorga a cada centro de diálisis una puntuación basada en su evaluación de estas medidas de calidad. Se requiere que los centros de diálisis muestren esa puntuación en un área que sea fácil de encontrar y en un formato y un idioma que comprenda.

Cómo localizar un centro de diálisis

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

También puede llamar a la Red local de ESRD (vaya a la página 44) para localizar centros de diálisis cerca de su domicilio, o visite es.Medicare.gov/care-compare.

El sitio web de Medicare Care Compare (comparación de cuidados) ofrece información importante sobre los centros de diálisis de su zona y del país certificados por Medicare. Puede comparar los centros de diálisis basado en sus calificaciones de estrellas, así como de los servicios y la calidad de la atención que brindan. También encontrará otros recursos para pacientes y familiares que quieren obtener más información sobre las enfermedades crónicas del riñón y diálisis.

Cómo localizar un centro de diálisis (continuación)

Cuando visite [es.Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare), puede encontrar y comparar esta información sobre los centros de diálisis:

- Direcciones
- Números de teléfono
- Mapas y direcciones
- Tipos servicios de diálisis ofrecidos
- Información sobre la calidad de los servicios
- Resultados de la encuesta sobre la experiencia del paciente con la atención recibida

Si no tiene un teléfono inteligente o una computadora, en su biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad podrán ayudarle a buscar información sobre centro de diálisis. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vaya a la página 44), para obtener ayuda para comparar los centros de diálisis. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene problemas encontrando un centro de diálisis que lo acepte como paciente, tiene derecho a presentar una queja. Vaya a las páginas 35–37 para más información.

Traslado a los centros de diálisis

Medicare Original sólo cubre los servicios de ambulancia desde y hacia su hogar hasta el centro de diálisis más cercano, cuando otras formas de transporte pudieran poner en peligro su salud.

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

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

Si desea más información sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, visite [es.Medicare.gov/coverage/ambulance-services](https://www.medicare.gov/coverage/ambulance-services). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

Diálisis en el hospital

Si usted es admitido al hospital y recibe diálisis, sus tratamientos serán cubiertos por la Parte A de Medicare como parte de los costos que están cubiertos por su estadía hospitalaria. Vaya a la página 32.

Diálisis en el hogar

El entrenamiento para la diálisis en el hogar está cubierto por la Parte B, pero solamente en un centro certificado para brindar este tipo de entrenamiento. Usted podría ser elegible para el entrenamiento si piensa que podría beneficiarse con el entrenamiento y su médico lo aprueba.

Las sesiones de entrenamiento ocurren al mismo tiempo que recibe el tratamiento de diálisis y hay un límite a la cantidad de sesiones. Su centro de diálisis es responsable de proporcionarle todos los artículos y servicios relacionados con la diálisis en el hogar, incluidos los equipos y suministros, que sean médicamente necesarios y razonables.

Su centro de diálisis tiene que darle estos artículos y servicios directamente, ya sea directamente o mediante un acuerdo con otro proveedor.

Medicare realiza un pago único por tratamiento de diálisis al centro de diálisis por todos los servicios relacionados con la diálisis, incluidos los equipos y suministros. Los centros de diálisis pagan a los proveedores externos de este monto de pago único.

Visitas médicas mensuales para la diálisis en el hogar

Es posible que pueda recibir una visita mensual de su médico (o cierto personal de atención médica) para ayudarlo a manejar su cuidado.

Este beneficio incluye una visita en persona con su proveedor de atención una vez al mes. También puede optar por recibir algunas de sus visitas mensuales a través de telesalud. Estas visitas le permiten a usted y a su médico revisar su análisis de laboratorio, discutir su atención y la efectividad de su diálisis, verificar si hay complicaciones y darle la oportunidad de hacer preguntas sobre su tratamiento de diálisis en el hogar. Para obtener más información sobre telesalud, visite [es.Medicare.gov/coverage/telehealth](https://www.medicare.gov/coverage/telehealth).

Diálisis en el hogar (continuación)

Diálisis cuando está de viaje

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

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

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

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

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

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

Cómo averiguar si el tratamiento de diálisis está funcionando bien

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

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

Los números mínimos para una diálisis adecuada difieren según el tipo de tratamiento de diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) que esté recibiendo. Su médico o el centro de diálisis puede poner una meta más elevada para su salud y para que se sienta mejor. Hable con su médico sobre estos números.

Incluso si se siente bien, debe comprobar qué tan bien está funcionando su diálisis. Durante un corto período de tiempo, es posible que se sienta bien sin una diálisis adecuada. Sin embargo, con el tiempo, no recibir una diálisis adecuada puede hacer que se sienta débil y cansado, lo que puede aumentar el riesgo de infección, sangrado prolongado y acortar su vida.

Cómo averiguar si el tratamiento de diálisis está funcionando bien (continuación)

Aquí hay algunos pasos que puede seguir para ayudar a que la diálisis funcione mejor:

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

Para averiguar si su diálisis está funcionando bien, hable con su médico u otro miembro del equipo del centro de diálisis. Si tiene un problema con la atención que está recibiendo por su enfermedad renal, tiene el derecho de presentar una queja. Vaya a las páginas 35-37.



Sección 3

Trasplante de riñón

¿Qué es un trasplante de riñón?

Un trasplante renal es una cirugía que se realiza para colocar el riñón sano de otra persona en su cuerpo. Este riñón nuevo hace el trabajo que sus propios riñones ya no hacen. Usted puede obtener el nuevo riñón de una persona recientemente fallecida o de alguien que aún vive, como un familiar. La sangre y los tejidos de la persona que le da el riñón deben examinarse. Esto se hace para ver el grado de compatibilidad con los suyos de modo que su cuerpo no rechace al riñón trasplantado.

Medicare cubrirá su trasplante de riñón sólo si se realiza en un hospital certificado por Medicare para realizar trasplantes de riñón.

Si tiene problemas con la atención que recibe para el trasplante o mientras recibe un referido para un trasplante, tiene el derecho a presentar una queja para solucionar el problema. Para más detalles sobre “Cómo presentar una queja” vaya a las páginas 39-40.

Servicios de trasplante de riñón cubiertos por Medicare

Servicios e insumos	Medicare Parte A	Medicare Parte B
Servicios de internación en un hospital aprobado.	✓	
Honorario por registro del riñón.	✓	
Pruebas de laboratorio y de otro tipo para evaluar su condición médica y la condición de posibles donantes de riñón. Medicare cubre estos servicios en hospitales certificados por Medicare donde recibirá su trasplante u otro hospital que participe en Medicare.	✓	
Los costos para hallar el riñón apropiado para su trasplante (si no hay un donante).	✓	
El costo total de la atención del donante.	✓	
Cualquier internación adicional del donante si surgieran problemas debido a la donación.	✓	✓
Servicios médicos para el trasplante (incluida la atención antes, durante y después de la cirugía).		✓
Servicios médicos para el donante durante la estadía en el hospital.		✓
Medicamentos para trasplantes (también llamados medicamentos inmunosupresores) por un tiempo limitado una vez deje el hospital, después de un trasplante. Vaya a las páginas 21-23.		✓
Sangre (sangre o unidades de glóbulos rojos empaquetados, componentes sanguíneos y el costo del procesamiento y transfusión). Vaya a la página 34.	✓	✓

Para averiguar lo que usted paga por estos servicios, vaya a las páginas 29-34.

Trasplante de páncreas y ESRD

Si padece de ESRD y necesita un trasplante de páncreas, Medicare lo cubrirá si se lo realizan al mismo tiempo que el trasplante de riñón o después del trasplante de riñón.

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

Si usted tiene Medicare solamente porque padece de insuficiencia renal y le hacen el trasplante de páncreas después de un trasplante de riñón, Medicare sólo pagará por los medicamentos inmunosupresores durante los 36 meses siguientes al trasplante de riñón y su cobertura de Medicare terminará. Sin embargo, puede ser elegible para un beneficio de la Parte B que lo ayuda a continuar pagando sus medicamentos inmunosupresores después de los 36 meses. Vaya a la página 22 para conocer más.

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

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores)

¿Qué son los medicamentos inmunosupresores?

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

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

- Tenía Parte A de Medicare en el momento de su trasplante.
- Tuvo cirugía de trasplante en una instalación certificada por Medicare.

Parte B sólo cubrirá sus medicamentos de trasplante después de que tenga la Parte B. No habrá ningún tipo de cobertura retroactiva, (vaya a la página 5).

¿Qué pasa si dejo de tomar mis medicamentos inmunosupresores?

Si deja de tomarlos, puede que su cuerpo rechace el nuevo riñón y el mismo deje de funcionar. Hable con su médico antes de dejar de tomar sus medicamentos inmunosupresores.

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores) (continuación)

¿Por cuánto tiempo pagará Medicare por mis medicamentos inmunosupresores?

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

Sin embargo, Medicare continuará pagando sus medicamentos para el trasplante más allá de los 36 meses si es elegible para el beneficio de medicamentos inmunosupresores de la Parte B. Medicare pagará **sin límite de tiempo si le aplica una de estas condiciones:**

- Ya tenía Medicare por su edad o por una incapacidad antes de que le diagnosticaran su ESRD.
- Es elegible para Medicare debido a su edad o a una incapacidad después de haber recibido un trasplante (en un centro certificado por Medicare) pagado por Medicare o tiene un seguro privado que paga su atención médica antes que su cobertura de la Parte A de Medicare.

¿Cuál es el beneficio de los medicamentos inmunosupresores?

Medicare ofrece un beneficio que lo ayuda a pagar sus medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses, si no tiene o espera obtener ciertos tipos de otra cobertura de salud (como un plan de salud grupal, TRICARE o Medicaid que cubre medicamentos inmunosupresores). Este beneficio solo cubre sus medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No es un sustituto de la cobertura de salud completa. Puede inscribirse en cualquier momento siempre y cuando tenga Medicare debido a ESRD en el momento de su trasplante de riñón. Para inscribirse, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Este es un número de teléfono especial solo para este beneficio. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0788.

Si se inscribe en este beneficio, pagará una prima mensual y un deducible anual:

- La prima mensual de este beneficio es de \$103 en 2024. (Es posible que pague una prima más alta según sus ingresos).
- El deducible anual es de \$240 en 2024. Una vez que alcance el deducible, pagará el 20% del monto aprobado por Medicare para sus medicamentos inmunosupresores.

Es posible que pueda obtener ayuda para pagar este beneficio de los programas ofrecidos a través de su estado. Descubra cómo presentar una solicitud en es.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html.

Visite es.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos inmunosupresores de la Parte B.

Medicamentos para trasplantes (llamados medicamentos inmunosupresores) (continuación)

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

Si no califica para el nuevo beneficio de medicamentos inmunosupresores de la Parte B y le preocupa pagar sus medicamentos para el trasplante después de que finalice su cobertura de Medicare, hable con su médico, enfermero/a o asistente social. Tal vez haya algún modo de obtener ayuda para pagar por dichos medicamentos. Vaya a las páginas 39–41.



Sección 4

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)

Lo que cubre Medicare

La Parte B de Medicare cubre los medicamentos para trasplantes después de un trasplante (vaya a las páginas 21-23), y la mayoría de los medicamentos para la diálisis. Sin embargo, no cubre los medicamentos para otros problemas de salud que pueda tener, como presión alta. La Parte D de Medicare le ofrece cobertura de medicamentos para ayudarle a pagar los costos de los medicamentos que no cubre la Parte B.

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

Lo que cubre Medicare (continuación)

La cobertura de medicamentos de Medicare no cubre los medicamentos que pueda obtener a través de la Parte B—como los medicamentos inmunosupresores bajo las condiciones descritas en las páginas 30–31. Sin embargo, si no cumple con las condiciones mencionadas en las páginas 30–31, podrá obtener la cobertura de dichos medicamentos inscribiéndose en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Las compañías privadas aprobadas por Medicare ofrecen cobertura de medicamentos. Hay dos formas de obtener cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D):

- Un plan Medicare para Recetas Médicas que agrega esta cobertura al [Medicare Original](#) o a ciertos Planes de Salud de Medicare.
- [Plan Medicare Advantage](#) con cobertura de medicamentos. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. Visite [es.Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/getmore-coverage/joining-a-plan](https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/getmore-coverage/joining-a-plan) para obtener más información.

Nota: Si se inscribe en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, obtendrá su cobertura de medicamentos a través de su plan y no podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado.

La mayoría de los planes de medicamentos cobran una tarifa mensual que varía según el plan. Usted paga esto además de la [prima](#) de la Parte B. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos, la prima mensual puede incluir un monto por cobertura de medicamentos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)?

Si es elegible para Medicare debido a ESRD, su primera oportunidad de inscribirse en la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) será durante el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que es elegible para Medicare y finaliza 3 meses después del primer mes en el que es elegible para Medicare (llamado Período de Inscripción Inicial).

Su cobertura de medicamentos de Medicare comenzará al mismo tiempo que comienza su cobertura de la Parte A y/o la Parte B de Medicare. Si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare después de que comience su cobertura de la Parte A y/o Parte B de Medicare, entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a su inscripción. Vaya a las páginas 9–10.

Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez o durante un Período Especial de Inscripción, puede inscribirse durante la Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año). Su cobertura comenzará el 1 de enero del próximo año. Si se inscribe después de que finalice su Período de Inscripción Inicial, y hubo un período de 63 días continuos o más durante el cual no tuvo la Parte D o cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía (que se agrega a su prima mensual).

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D)? (continuación)

Esta cantidad aumenta cuanto más tiempo pasa sin la Parte D o sin cobertura válida. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de medicamentos de Medicare. Sin embargo, si recibe Ayuda Adicional, no tiene que pagar una multa por inscripción tardía.

Visite es.Medicare.gov/drug-coverage-part-d para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare. También puede visitar shiphelp.org para comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) local.

Ayuda Adicional

La Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare.

En general, para ser elegible para la Ayuda Adicional, su ingreso anual en el 2023 debe ser menos de \$21,870, (\$29,580 si está casado), y sus recursos pueden sumar hasta \$16,600, (\$33,240 si está casado). Estas cantidades pueden cambiar en el 2024.

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

Nota: Si vive en Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam, Islas Marianas del Norte y Samoa Americana no es elegible para la misma Ayuda Adicional que se describe aquí.

[Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) para obtener información de contacto de su oficina de Medicaid.

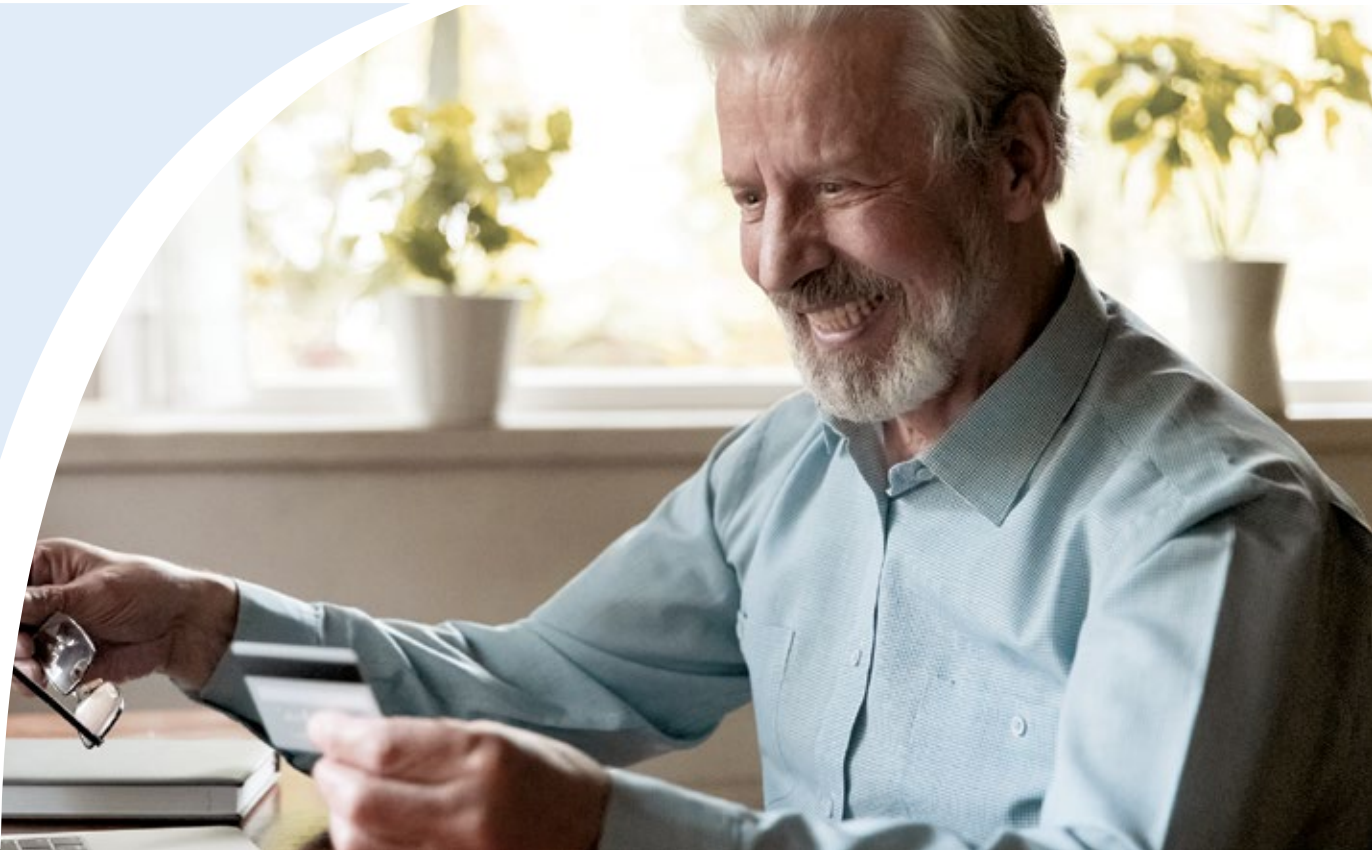
¿Cómo solicito la Ayuda Adicional?

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

Si no recibe una carta diciendo que usted califica automáticamente, visite [SSA.gov/es/medicare/part-d-extra-help](https://www.SSA.gov/es/medicare/part-d-extra-help) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 para solicitar. Una vez que la haya solicitado, recibirá una carta por correo informándole si reúne los requisitos y cuál es el próximo paso. Aun si no es elegible para Ayuda Adicional, le convendría inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cómo solicito la Ayuda Adicional? (continuación)

Si califica para recibir la Ayuda Adicional, y no selecciona un plan de medicamentos, Medicare lo inscribirá automáticamente en un plan. Puede “optar por no participar” en la inscripción automática. Medicare le enviará una carta informándole en qué plan lo inscribirá y cuándo comienza su cobertura. Verifique si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que usa y si puede acudir a las farmacias que desee. Si no, puedes cambiar de planes. Las personas que califican para recibir Ayuda Adicional pueden inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos de Medicare en cualquier momento.



Sección 5

Costos y pagos

¿Cuáles son los costos de Medicare?

Los costos de la Parte A (seguro de hospital)

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

Las palabras en **azul** están definidas en las página 45.

¿Cuáles son los costos de Medicare? (continuación)

Los costos de la Parte B (seguro médico)

La mayoría de las personas deben pagar una prima mensual por la Parte B. La prima estándar de la Parte B para el 2024 es \$174.70 por mes, aunque puede ser un poco más dependiendo de sus ingresos. Las primas pueden cambiar anualmente.

Necesita la Parte B para obtener todos los beneficios de ESRD, incluida la diálisis regular, y debe pagar la prima de la Parte B. Para obtener más información sobre la prima de la Parte B, visite [SSA.gov](https://www.ssa.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Nota: Si elige inscribirse en un [plan Medicare Advantage](#), es posible que tenga costos diferentes o adicionales según su plan. Para obtener más información sobre los costos, comuníquese con su plan para obtener información sobre costos específicos.

¿Cuánto paga Medicare por los servicios de diálisis?

Medicare paga a su centro de diálisis para que le brinden estos servicios y artículos de diálisis cubiertos por la Parte B:

- Servicios de enfermería directos que incluyen: enfermeras registradas, enfermeras prácticas con licencia, técnicos, trabajadores sociales y dietistas
- Todo el equipo y los suministros utilizados para la diálisis del riñón en el centro o en su hogar que sean razonables y médicamente necesarios
- Medicamentos inyectables, intravenosos (IV) y ciertos medicamentos orales que tratan o controlan afecciones asociadas con la ESRD
- Pruebas de laboratorio
- Capacitación en diálisis en el hogar a cargo de un centro de capacitación en diálisis en el hogar certificado por Medicare (si elige recibir diálisis en el hogar)
- Otros artículos y servicios, como monitoreo cardíaco durante sus tratamientos de diálisis, oxígeno administrado (si es necesario) durante sus tratamientos de diálisis (si está en un centro de diálisis), monitoreo de su sitio de acceso y ciertos servicios nutricionales

Su centro de diálisis tiene que darle estos artículos y servicios, directamente o mediante un acuerdo con otro proveedor.

¿Cuánto paga Medicare por los servicios de diálisis? (continuación)

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

La Parte B de Medicare cubre los medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD. Los medicamentos calcimiméticos incluyen la medicación intravenosa, Parsabiv, y la medicación oral, Sensipar. Versiones genéricas de Sensipar están disponibles. Además de los calcimiméticos, están disponibles tanto la inyección de KORSUVA™ (difelikefalina) para el tratamiento del prurito (picazón) como las tabletas de JESDUVROQ daprodustat, para uso oral, para el tratamiento de la anemia.

Su instalación de diálisis es responsable de administrarle estos medicamentos. Estos pueden darles el medicamento en sus instalaciones, o a través de una farmacia con la que trabajan. Usted tendrá un copago de 20%. Si está en un Plan Medicare Advantage sus costos y cobertura para usted y sus donantes vivos serán (o son) diferentes y específicos del plan.

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

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre ciertos medicamentos que solo están disponibles en forma oral. Hable con su médico o equipo de atención médica sobre el uso de cualquier medicamento, incluidos los productos de venta libre.

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

Si tiene el [Medicare Original](#), luego de pagar su deducible anual de la Parte B continuará pagando el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por todos los servicios cubiertos relacionados al tratamiento de diálisis. Medicare pagará el 80% restante.

La cantidad en dólares de su coseguro puede variar. Si está inscrito en un [Plan Medicare Advantage](#) o tiene un **Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)** (vaya a la página 40) que cubra todo o parte del coseguro del 20%, entonces sus costos pueden ser distintos. Lea los documentos que le envía su plan o llame a su administrador de beneficios para obtener información sobre los costos. También tiene que seguir pagando la prima de Medicare Parte B y la cobertura de medicamentos de Parte D de Medicare (si aplica).

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

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

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

¿Cuánto paga Medicare por los servicios de diálisis? (continuación)

- **Servicios médicos para pacientes internados**

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

- **Servicios médicos ambulatorios**

Medicare Original paga una cantidad mensual a los médicos de riñón. Después de que usted pague el [deducible](#) anual de la Parte B (\$240 en el 2024), Medicare paga el 80% de la cantidad fija y usted paga el 20% de [coseguro](#) restante. En algunos casos, tal vez se le pague a su médico por día si usted recibe los servicios menos de un mes. En algunos casos, a su médico se le puede pagar por día si usted recibe servicios por menos de un mes.

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

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

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

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

Medicare Original paga una cantidad a los médicos de riñón por supervisar el entrenamiento para auto-diálisis. Después de que usted pague el deducible anual de la Parte B (\$240 en el 2024), Medicare paga el 80% de la tarifa y usted paga el 20% restante.

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

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

Recuerde lo que usted paga puede variar a lo que se muestra en este ejemplo.

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

Si usted tiene un hijo menor de 18 años que tiene la cobertura de Medicare debido a ESRD, las normas de pago son las que se mencionan arriba. Sin embargo, las tarifas que les pagan a los centros de diálisis han aumentado en 30% y se ajustan de acuerdo con la edad del niño y el tipo de diálisis que le hagan. Estos ajustes permiten atender las necesidades especiales de los niños. Su 20% de coseguro se basará en estas tarifas especiales.

Visite es.Medicare.gov/basics/children-and-end-stage-renal-disease para más información sobre la cobertura de Medicare de los niños con ESRD.

Lo que paga Medicare por los servicios de trasplante de riñón

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

¿Cuánto tengo que pagar por el donante del riñón?

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

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del hospital?

Si está inscrito en el Medicare Original, usted paga en el 2024:

- \$1,632 de deducible por cada [periodo de beneficio](#)
- \$0 de coseguro por los primeros 60 días de cada periodo de beneficio
- \$408 de coseguro por día para los días 61-90 de cada periodo de beneficio
- \$816 por día de “reserva de por vida” después del día 90 de cada periodo de beneficio (hasta 60 días en el curso de su vida)
- Todos los costos por cada día* después de los días de reserva de por vida

Los días de reserva de por vida son días adicionales que Medicare pagará cuando esté en el hospital durante más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puedes utilizar durante tu vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos cubiertos excepto el coseguro diario.

Por la atención aprobada por Medicare en un [centro de enfermería especializada](#), usted paga:

- \$0 por los 20 primeros días de cada periodo de beneficio
- \$204 por día de 21-100 días de cada periodo de beneficio
- Todos los costos diarios a partir de los 100 días de cada periodo de beneficio

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

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del médico?

En el Medicare Original, usted paga el deducible anual por la Parte B (\$240 en el 2024). Una vez pagado el deducible, Medicare paga el 80% de [la cantidad aprobada](#) por Medicare y usted paga un coseguro equivalente al 20% restante.

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del médico? (continuación)

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

¿Cuánto tengo que pagar por los servicios del laboratorio?

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

¿Cuánto paga Medicare por la sangre?

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

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

¿Cuánto pago por los servicios de sangre?

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

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

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

Donación de sangre

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

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

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



Sección 6

Presentar quejas

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

Las redes de ESRD

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

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

Las redes de ESRD (continuación)

Llame a su red ESRD local para obtener información sobre:

- Tratamientos de diálisis
- Trasplantes de riñón
- Cómo obtener ayuda de otras agencias relacionadas con los riñones
- Problemas con sus instalaciones
- Ubicación de instalaciones de diálisis y centros de trasplantes

Si tiene una queja:

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

Ejemplos de quejas para las que puede comunicarse con su red de ESRD incluyen:

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

Agencias Estatales de Inspección

Las agencias de encuestas estatales inspeccionan los centros de diálisis participantes de Medicare y Medicaid y se aseguran de que se cumplan los estándares de Medicare. Su Agencia Estatal de Inspección también puede ayudarle si tiene una queja sobre su atención. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono de su agencia estatal de encuestas. **Sus llamadas y tu nombre se mantendrán privados.**

Ejemplos de quejas por los que puede comunicarse con su Agencia Estatal de Inspección:

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

Agencias Estatales de Inspección (continuación)

Aviso: Para preguntas sobre un servicio específico que recibió, fíjese en su Resumen de Medicare (MSN) si tiene [Medicare Original](#) (o reclamo similar o explicación de declaraciones de beneficios de su plan si está en un plan Medicare Advantage). Su MSN es un aviso que recibe después de que el médico, otro proveedor de atención médica o proveedor presenta un reclamo por los servicios de la Parte A o la Parte B de Medicare Original. Esto muestra:

- Todos los servicios o suministros que sus proveedores y proveedores facturaron a Medicare durante un período de 3 meses
- Lo que pagó Medicare
- La cantidad máxima que puede deberle al proveedor

Recibirá su MSN por correo cada tres meses. También puede crear una cuenta en Medicare e inscribirse para recibir los MSN electrónicos en su cuenta es.Medicare.gov. Recibirá un correo electrónico todos los meses cuando los MSN estén disponibles en su cuenta de Medicare, en lugar de esperar 3 meses para recibir una copia impresa. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o de pago de Medicare, de su [plan de salud de Medicare](#) o de su plan [Medicare de medicamentos](#), puede apelar la decisión. Visite es.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal.



Sección 7

Otro tipo de cobertura médica

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

- Seguro médico de un empleador o sindicato para empleados o jubilados
- Pólizas de Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)
- Medicaid
- Beneficios de la Administración de Veteranos

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

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

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

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

Vaya a las páginas 7–9 para una explicación sobre cuándo su empleador pagará primero y cuándo Medicare será el pagador primario mientras su empleador facilita cobertura suplementaria.

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

Seguro Suplementario a Medicare (Medigap)

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

No todas las compañías venderán pólizas Medigap a los beneficiarios de Medicare menores de 65 años. Si una compañía las vende voluntariamente o porque la ley estatal la obliga, estas pólizas pueden costarle más que si las compra cuando tiene 65 años o más.

Las normas de Medigap varían en cada estado. Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico para obtener información sobre la compra de una póliza Medigap si padece de ESRD (vaya a la página 44). Cuando cumpla 65 años tendrá el derecho garantizado de comprar una póliza Medigap.

Visite es.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap para obtener más información sobre Medigap y comparar las pólizas vendidas en su estado.

Medicaid

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

Programas de Ahorros de Medicare

Los estados también tienen Programas de Ahorros de Medicare que pagan por algunas o todas las primas de Medicare y podrían pagar también los deducibles y coseguro de ciertas personas que tienen Medicare e ingresos limitados. Para conocer si es califica para uno de estos programas, visite [es/Medicare.gov/medicare-saving-programs](https://www.medicare.gov/medicare-saving-programs).

Beneficios de la Administración de Veteranos

Si usted es un veterano, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos puede ayudarle a pagar por el tratamiento para Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD). Si desea más información, visite [va.gov](https://www.va.gov) o llame al Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-829-4833.

Otras maneras de obtener ayuda

En la mayoría de los estados hay agencias y programas que ayudan con los costos de los servicios médicos que Medicare no cubre. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) si tiene preguntas sobre la cobertura médica. Visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org).

Visite [es.Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.es.Medicare.gov/basics/costs/help) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre cómo obtener ayuda con los costos de Medicare. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Sección 8

Más información

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

Las palabras en azul están definidas en las página 45.

Organizaciones especializadas en problemas renales

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

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

14440 Bruce B. Downs Blvd.

Tampa, Florida 33613

1-800-749-2257

aakp.org

American Kidney Fund (Fondo Americano del Riñón)

11921 Rockville Pike, Suite 300

Rockville, Maryland 20852

1-800-638-8299

kidneyfund.org

Dialysis Patient Citizens (Ciudadanos Pacientes de Diálisis)

1001 Connecticut Ave, NW, Suite 1230

Washington DC, 20036

1-866-877-4242

dialysispatients.org

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales)

9000 Rockville Pike

Bethesda, Maryland 20892

1-800-860-8747

niddk.nih.gov

National Kidney Foundation (Fundación Nacional del Riñón)

30 East 33rd Street

New York, New York 10016

1-800-622-9010

kidney.org

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

SHIP son programas estatales que brindan asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. Llame a su SHIP si tiene preguntas sobre:

- Las pólizas Medigap
- Sus opciones de [planes de salud de Medicare](#)
- Cómo apelar una decisión
- Preguntas generales sobre los seguros médicos

Visite shiphelp.org para obtener el número de teléfono de su SHIP. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Sección 9

Definiciones

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

Cantidad aprobada por Medicare—La cantidad del pago que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga su parte y usted paga su parte de esa cantidad.

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

Cobertura válida de medicamentos recetados—Cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare. Esto podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato actual o anterior, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, VA o cobertura de seguro de salud individual.

Copago—Una cantidad que se le puede requerir que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar cualquier deducible. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Coseguro—una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Cuidado de la salud en el hogar—una amplia cantidad de servicios de atención médica que se pueden brindar en su hogar por una enfermedad o lesión.

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

Medicare Original—El Medicare Original es un plan de pago por servicio que tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

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

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

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

Plan de Salud de Medicare—Planes ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A, la Parte B y, en muchos casos, la Parte D. Incluye planes Medicare Advantage y otros tipos de cobertura (como planes de costos de Medicare, programas PACE y programas piloto/ de demostración).

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage brindan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B, con algunas exclusiones, por ejemplo, ciertos aspectos de los ensayos clínicos que están cubiertos por Medicare Original aunque todavía esté en el plan.

Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones de mantenimiento de la salud
- Organizaciones de proveedores preferidos
- Planes privados de pago por servicio
- Planes para necesidades especiales
- Planes de cuentas de ahorro médico de Medicare

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan.
- Medicare Original no paga la mayoría de los servicios de Medicare
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados.

Plan Medicare de Medicamentos (Parte D)—Beneficios opcionales para medicamentos recetados disponibles para todas las personas con Medicare por un cargo adicional. Esta cobertura es ofrecida por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

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

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

Servicios preventivos de Medicare—atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

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

1. Llamar:

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

TTY: 1-877-486-2048

Para Marketplace: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

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

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Oficinas de audiencias e consultas (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

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

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

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

1. En línea:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. Por teléfono:

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

**U.S. Department of Health & Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services**

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado \$300

Need a copy of this booklet in English?

To get a free copy of this booklet in English, visit [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en español. Para obtener una copia gratis, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el Programa Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Pueden ocurrir cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La “Cobertura Medicare de servicios de diálisis y trasplante de riñón” no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.