-----Cobertura Medicare para servicios de diálisis renal y trasplante de riñón ------

Importante: Desde la impresión de este folleto en agosto del 2000, se han realizado los cambios siguientes:

1. La prima mensual para la Parte B es de $54 en el 2002. Este cambio afecta las páginas 7, 8 y 10. Las primas pueden variar cada año.

2. La información en el recuadro en la parte superior de la página 8 debe decir:

   Usted puede inscribirse en un plan de salud administrado Medicare o un plan Privado de Pago-por-Servicio si tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés) que comienzan con diálisis y están en un plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio, pueden permanecer en el plan en que se encuentran o inscribirse en otro plan ofrecido por la misma empresa en el mismo estado. Usted debe continuar pagando la prima mensual Parte B de $54 en 2002.

   Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso, quizá pueda inscribirse en un plan. Llame gratis al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre Enfermedad Renal en Etapa Final y los planes de salud Medicare.

   Si usted tiene ESRD y está en un plan y ese plan se retira de Medicare o ya no presta servicios en su área, usted puede inscribirse en otro plan de salud administrado Medicare o en un plan Privado de Pago-por-Servicio si hay alguno disponible en su área. (Esto se aplica a las personas cuyos planes se retiraron de Medicare o no prestan cobertura en su área a partir o después del 31 de diciembre de 1998).

3. En la página 10, el segundo asterisco y el primer recuadro ya no están correctos. La información correcta es:

   Si tiene la Parte A por edad o incapacidad, pero no tomó la Parte B o su cobertura de la Parte B fue suspendida, usted podrá inscribirse en la Parte B sin pagar una prima más alta si se unió al plan de Medicare en base a su Enfermedad Renal en Etapa Final. Visite la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 y pida una cita para inscribirse en Medicare en base a su Enfermedad Renal en Etapa Final.

4. En la página 35, bajo “medicinas inmunosupresivas”, reemplace la información en paréntesis con lo siguiente:

   (Para información sobre la duración de su cobertura, vea la página 36.)

5. En la página 37, bajo "Servicio de trasplante cubierto por Medicare" (continuación)

   Si usted tiene Medicare sólo por fallo permanente de los riñones, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que recibió el trasplante.

   Si usted ya tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal en Etapa Final, o si usted fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare continuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo.

6. En la página 38, bajo "¿Qué pasa si no puedo pagar por las medicinas para trasplante?", la primer oración debe decir:

   "Las medicinas para trasplante pueden ser muy costosas. Si usted tiene Medicare solo por insuficiencia renal, sus medicinas inmunosupresivas solamente estarán cubiertas por 36 meses después del mes en que recibió el trasplante."

7. En la página 39, el segundo párrafo después de los dos asteriscos, debe decir:

   "Si usted tiene Medicare solo por insuficiencia renal, y recibe un trasplante de páncreas después del trasplante de riñón, Medicare pagará por su terapia de medicinas inmunosupresivas por 36 meses después del mes en que se realizó el trasplante de páncreas. Si usted tenía Medicare por edad o incapacidad antes de su Enfermedad Renal en Etapa Final, o si fue elegible para Medicare por edad o incapacidad después de recibir el trasplante, Medicare continuará pagando por su terapia de medicinas inmunosupresivas sin límite de tiempo."

   El tercer párrafo, en referencia a la diabetes, no tiene cambios.

8. En la página 47, el segundo asterisco cambia de la forma siguiente:

   Tiene un ingreso mensual menor a $1,273 para una persona soltera o $1,714 para una pareja en el 2001. Este límite en los ingresos son un poco más altos en Hawai y Alaska.

9. En la página 55, las cantidades que siguen reflejan "Lo que USTED paga en 2002 en el Plan Original de Medicare"

   Por estadía en el hospital
   Por cada período de beneficio Usted paga:

- Un total de $812 por estadía en un hospital de 1-60 días.
- $203 diarios por estadía en un hospital de 61 – 90 días
- $406 diarios por estadía en un hospital de 91 – 150 días.
- Todos los gastos por cada día después de los 150 días

Por cuidado en un Centro de Enfermería Especializada
Por cada período de beneficio Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días.
- Hasta $101.50 diarios de 21 – 100 días.
- Todos los gastos después de los 100 días en el período de beneficios.

10. En la página 59, la columna de **Servicios Preventivos de Medicare Parte B** presenta los cambios siguientes:

Colorectal Cancer Screening
Colonoscopía* - Una cada 24 meses si es una persona de alto riesgo de cáncer de colon.
Sin no es una persona de alto riesgo, una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de haber tenido una evaluación de sigmoidoscopía flexible.

Mamografía: Una cada 12 meses. (Usted también puede obtener una mamografía básica entre los 35 y 39 años) Medicare también cubre las nuevas tecnologías digitales para evaluación del seno.

Examen Papanicolau y Pélvico: (Incluye examen clínico de los senos) Uno cada 24 meses. Una vez cada 12 meses is usted es una persona de alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o si está en edad de concebir y ha tenido un examen Papanicolau anormal en los últimos 36 meses.

Vacunas:

- Vacuna contra la influenza/gripe – Una vez al año en el ontoño o invierno.
- Vacuna contra la pulmonía – Una vacuna puede ser todo lo que usted necesite durante su vida. Pregunte a su médico.

La columna titulada "**Quién está cubierto…"** presenta los cambios siguientes:
(Al lado de Servicios de Diabetes y Adiestramiento para el Automanejo de la Diabetes)

Si lo solicita su médico u otro proveedor y usted corre el riesgo de complicaciones de salud por la diabetes.

Información Nueva:

Importante: ¡Nueva Cobertura a partir del primero de enero de 2002!

Examen de evaluación de Glaucoma: Una vez cada 12 meses, a partir del 1 de enero del 2002. Debe ser realizado o supervisado por un médico especialista en ojos que esté legalmente autorizado para ofrecer este servicio en su estado.

¿Quiénes están cubiertos?
Las personas con riesgo alto de padecimiento de glaucoma, incluyendo a las personas con diabetes o con un historial familiar de glaucoma.

0¿Qué USTED paga en el Plan Original de Medicare?
El 20% de la cantidad aprobada por Medicare después del pago del deducible anual de la Parte B.

Cobertura Medicare para servicios de diálisis renal y trasplante de riñón
Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services

CMS Pub. No. 10128-S
(Formerly HCFA Pub. No. 10956)
Updated August 2002