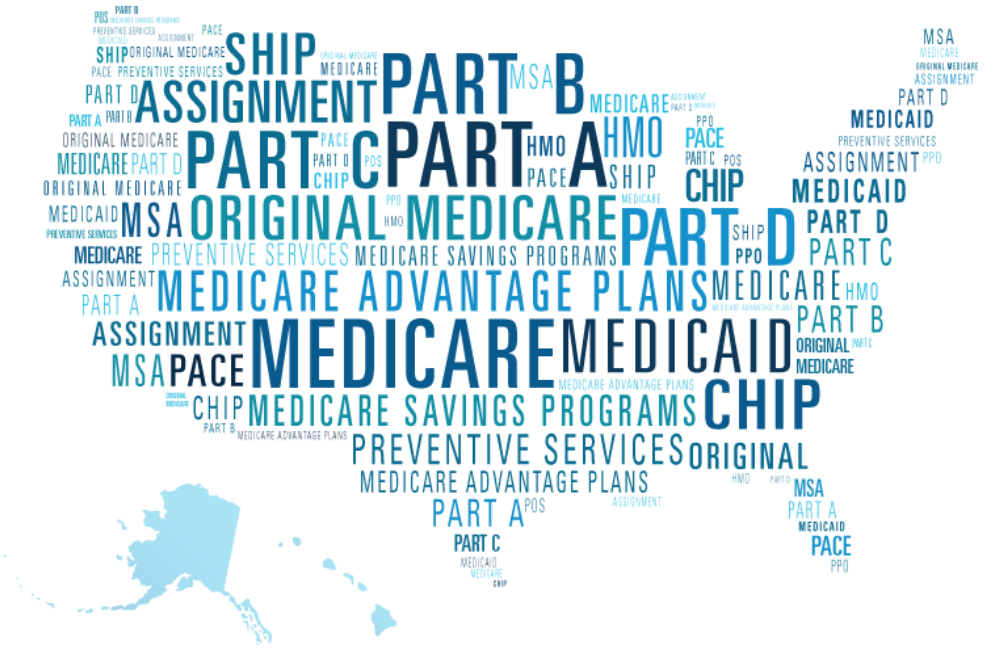
2015 National Training Program

Cuaderno de Trabajo

Módulo: 6

Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal



50 MEDICARE 1965-2015 MEDICAID ANNIVERSARY

El módulo 6 explica Medicare para las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para niños (CHIP en inglés) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal han elaborado y aprobado este módulo de capacitación.

La información de este módulo se corrigió al mes mayo de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html. El Programa Nacional de Capacitación de CMS ofrece esto como un recurso de información para nuestros asociados. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hss.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión se concentra en el programa Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), con el fin de ayudarlo a:

- Definir la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)
- Explicar la elegibilidad de Medicare y las normas de inscripción
- Determinar qué cubre Medicare
- Identificar opciones de plan para personas con ESRD

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 2

Esta sesión lo ayudará a:

- Definir la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)
- Explicar la elegibilidad de Medicare y las normas de inscripción
- Determinar qué cubre Medicare
- Identificar opciones de plan para personas con ESRD

NOTA: De ahora en adelante, usaremos el acrónimo ESRD al hablar acerca de la Enfermedad Renal en Etapa Terminal .

Lección 1—Generalidades de Medicare para personas con ESRD

- Información básica de ESRD
- Elegibilidad de Medicare basada en ESRD

La lección 1 brinda generalidades de Medicare para personas con ESRD Incluye información básica y elegibilidad de Medicare basada en ESRD.

Información básica de ESRD

- ESRD es un fallo renal permanente
  - La enfermedad renal crónica en etapa V
    - requiere tratamiento regular de diálisis **o**
    - trasplante de riñón
- Usted podría ser elegible para Medicare basado en ESRD
  - La cobertura comenzó en 1973

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 4

ESRD se define como un fallo renal permanente que requiere tratamiento regular de diálisis o trasplante de riñón. En 1972, Medicare se expandió para incluir 2 grupos nuevos de personas: determinadas personas con una incapacidad y pacientes con ESRD. La cobertura expandida comenzó en 1973.

Existen 5 etapas de enfermedad renal crónica (CKD). La Fundación Nacional del Riñón desarrolló pautas para ayudar a identificar los niveles de enfermedad renal. Si se encuentra en la Etapa 5 de CKD, podría ser elegible para Medicare basado en ESRD. Visite kidney.org para obtener más información acerca de CKD.

Elegibilidad para Medicare Parte A (Seguro de Hospital) basado en ESRD

- Requisitos de elegibilidad
  - Cualquier edad
  - Los riñones ya no funcionan y
  - debe haber trabajado la cantidad de tiempo requerido o
  - bien obtener o ser elegible para Seguro Social o beneficios de jubilación federal o
    - Un menor elegible o
    - Un cónyuge elegible (incluidos los matrimonios del mismo sexo)

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 5

Puede acceder a Medicare sin importar su edad, si los riñones ya no funcionan, si necesita diálisis regular o si se ha sometido a trasplante de riñón y se aplica uno de los siguientes requisitos:

- Ha trabajado la cantidad de tiempo suficiente bajo el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno.
- Ya tiene o es elegible para Seguro Social o beneficios de Jubilación de retiro Ferroviario.
- Es cónyuge o menor dependiente de una persona que cumpla cualquiera de los requisitos anteriores.
  - Podría ser elegible basado en el registro de ganancias de un cónyuge actual o previo (del mismo sexo), si
    - se hubiera casado en un estado que permite este tipo de matrimonios
    - Si estuviera conviviendo al momento de la solicitud o mientras la reclamación esté pendiente de la determinación final, en un estado que reconozca el matrimonio entre personas del mismo sexo y
    - hubieran estado casados durante 10 años como mínimo (si es que se divorciaron)

Además debe presentar una solicitud y cumplir todas las fechas límite o períodos de espera que se apliquen.

NOTA: Consulte el producto CMS No. 11392 “Medicare para niños con Enfermedad Renal en Etapa Terminal ” en Medicare.gov/Pubs/pdf/11392.pdf para más información acerca de niños con ESRD.

Elegibilidad para Medicare Parte B (Seguro Médico)

- Puede inscribirse en la Parte B, si tiene derecho a la Parte A
  - Si paga la prima mensual de la Parte B
  - Es posible que deba pagar una penalidad, si demora en obtener la Parte B
- Necesita tanto la Parte A como la Parte B para recibir una cobertura completa
- Si desea más información
  - Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213
    - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778
  - Los jubilados del sector ferroviario deben llamar a la Junta de Retiro Ferroviario al 1-877-772-5772
    - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 6

Si califica para Medicare Parte A, también puede recibir Medicare Parte B (Seguro Médico). Inscribirse en la Parte B es su elección y no es automático. Si no se inscribe en la Parte B cuando lo hace en la Parte A, debe esperar el Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para presentar la solicitud y es probable que deba pagar una penalidad por inscripción tardía. Necesitará tanto la Parte A como la Parte B para recibir los beneficios completos disponibles de Medicare, para poder cubrir determinados servicios de diálisis y trasplante de riñón.

Llame a la oficina local de su Seguro Social para concertar una cita e inscribirse en Medicare basado en la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y para recibir más información acerca de la cantidad de trabajo que necesita tener bajo el Seguro Social o como empleado federal, para ser elegible para Medicare. Puede comunicarse con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si trabaja o ha trabajado para el sector ferroviario, llame a la Junta de Retiro Ferroviario al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

NOTA: Si no califica para Medicare, también puede recibir ayuda de su agencia estatal de Medicaid, para pagar sus tratamientos de diálisis. Sus ingresos deben ser inferiores a un nivel determinado, para poder recibir Medicaid. En algunos estados, si tiene Medicare, Medicaid podría pagar algunos de los costos que Medicare no cubra. Para presentar la solicitud para Medicaid, hable con el trabajador social de su hospital o con el centro de diálisis o comuníquese con su Departamento de Servicios Humanos o Servicios Sociales local.

Pruebe su conocimiento: pregunta 1

Un diagnóstico ESRD es el único requisito de elegibilidad para Medicare basado en ESRD.

a. Verdadero

b. Falso

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 7

Pruebe su conocimiento—Pregunta 1

Un diagnóstico ESRD es el único requisito de elegibilidad para Medicare basado en ESRD.

a. Verdadero

b. Falso

RESPUESTA: b. Falso

Además de cumplir determinados requisitos médicos, también debe aplicarse a su persona una de las siguientes condiciones:

- Ha trabajado la cantidad de tiempo suficiente bajo el Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o como empleado del gobierno.
- Ya tiene o es elegible para Seguro Social o beneficios de Jubilación del sector Ferroviario.
- Es cónyuge o menor dependiente de una persona que cumpla cualquiera de los requisitos anteriores.

Lección 2—Medicare–Inscripción basada en ESRD

- Inscripción en Medicare
- Cobertura Medicare y Plan de Salud Grupal
- Consideraciones de inscripción
- Normas para la cobertura de ESRD
  - Cuándo comienza, continúa, se reanuda y termina

La lección 2 cubre lo siguiente:

- Inscripción en Medicare
- Cobertura Medicare y Plan de Salud Grupal
- Consideraciones de inscripción
- Normas para la cobertura de ESRD
  - Cuándo comienza, continúa, se reanuda y termina

Inscripción en Medicare Parte B

- La inscripción basada en ESRD podría eliminar su penalidad de la Parte B, si ya ha recibido Medicare debido a razones de edad o incapacidad
  - Si no se inscribió la primera vez que fue elegible
- Si tiene Medicare debido a ESRD y tiene 65 años
  - Tiene cobertura continua
  - Las personas que no se inscribieron en la Parte B, podrán inscribirse
  - Puede decidir si desea mantener esa inscripción o no

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 9

Si ya está inscrito en Medicare basado en razones de edad o incapacidad, y ya paga una prima más elevada por la Parte B, porque no se inscribió en la Parte B cuando fue elegible por primera vez, ya no debe pagar la penalidad, cuando tenga derecho a Medicare basado en ESRD. Tendrá que seguir pagando la prima por la Parte B. Llame a la oficina local de su Seguro Social para concertar una cita para inscribirse en Medicare basado en ESRD.

Si está recibiendo beneficios basado en ESRD cuando cumpla 65 años, tiene cobertura continua sin interrupción. Si no tenía la Parte B antes de los 65 años, quedará inscrito automáticamente en la Parte B, cuando cumpla esa edad, pero puede decidir si desea mantener la inscripción o no. Si estaba pagando una prima más elevada por la Parte B debido a inscripción tardía, se retirará la penalidad cuando cumpla 65 años.

Demora de inscripción en la Parte B

- Si se inscribe en la Parte A y demora en inscribirse en la Parte B
  - Debe esperar un Período de Inscripción General
    - Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, la cobertura entra en vigencia el 1 de julio del mismo año
  - Es posible que deba pagar una prima más elevada durante todo el tiempo que tenga la Parte B
    - 10 % por cada período de 12 meses que fue elegible, pero que no se haya inscripto
- No hay Período Especial de Inscripción para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 10

Si se inscribe en la Parte A y espera para inscribirse en la Parte B, podría sufrir una falta de cobertura, ya que la mayoría de los gastos incurridos debido a ESRD están cubiertos por la Parte B en lugar de la Parte A. Quizá pueda inscribirse en la Parte B durante un Período de Inscripción General, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, con entrada en vigencia de la cobertura de la Parte B el 1 de julio del mismo año.

Además, su prima por la Parte B será más elevada. Esta penalidad por inscripción tardía es del 10 % por cada 12 meses que haya sido elegible, pero que no se haya inscripto.

No hay Período Especial de Inscripción para la Parte B, si padece ESRD. Esto incluye a las personas con derecho doble a Medicare, basado en ESRD y por razones de edad o incapacidad.

Cómo inscribirse en la Parte A y en la Parte B

- Inscríbase en su oficina local del Seguro Social
- Haga que su médico/centro de diálisis complete el Formulario CMS-2728
  - Si el Seguro Social recibe el formulario antes de que se inscriba, podrían comunicarse con usted para verificar si desea inscribirse
- Si tiene un Plan de salud grupal, quizá desee demorar la inscripción
  - Cerca del final del Período de Coordinación de 30 meses
  - No deberá pagar la prima por la Parte B hasta que la necesite
- Infórmese antes de decidir demorar la inscripción
  - En especial, si está planificado un trasplante de riñón

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 11

Puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B basado en ESRD en su oficina local del Seguro Social. El Seguro Social necesitará que su médico o el centro de diálisis completen el Formulario CMS-2728 para documentar que padece ESRD y que puede obtener Medicare. Si se envía el Formulario CMS-2728 al Seguro Social antes de que usted envíe la solicitud de inscripción, la oficina podría comunicarse para preguntarle si desea completar una solicitud.

En general, Medicare es el pagador secundario de beneficios durante los 30 primeros meses de elegibilidad para Medicare (conocido como Período de Coordinación de 30 meses) para personas con ESRD que cuentan con un Plan de salud grupal del empleador o una cobertura del Plan de Salud Grupal gremial (GHP). Si su cobertura GHP pagará casi todos sus costos de atención médica (por ejemplo, si no tiene un deducible anual), podría desear demorar la inscripción en la Parte A y la Parte B, hasta que se acerque al final del Período de Coordinación de 30 meses. Si demora la inscripción, no tendrá que pagar la prima de la Parte B por la cobertura que todavía no necesita. Después del Período de Coordinación de 30 meses, debe inscribirse en la Parte A y en la Parte B.

Si recibirá en poco tiempo un trasplante de riñón, infórmese acerca de elegibilidad e inscripción antes de decidir demorar, ya que existen períodos más cortos para fechas límite de elegibilidad e inscripción para receptores de trasplantes (revise las diapositivas 14–16).

Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para concertar una cita para inscribirse en Medicare basado en ESRD. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cobertura Medicare y del Plan de Salud Grupal (GHP) (Período de Coordinación de 30 meses)

- Si la inscripción se basa solo en ESRD
  - Su cobertura del GHP/empleador es el único pagador durante los 3 primeros meses
- Medicare es el pagador secundario durante el Período de Coordinación de 30 meses
  - Comienza cuando es elegible para Medicare, por primera vez, incluso si no está inscrito
- Período de Coordinación separado cada vez que se inscribe basado en ESRD
  - Sin período de espera de 3 meses
  - Nuevo Período de Coordinación de 30 meses, si tiene cobertura GHP

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 12

Si es elegible para Medicare porque recibe un curso regular de tratamientos de diálisis, su derecho a Medicare comenzará, en general, el cuarto mes de curso regular de diálisis. Por consiguiente, en general, Medicare no pagará nada durante los 3 primeros meses de curso regular de diálisis, excepto en caso de que ya tenga Medicare, por razones de edad o incapacidad. Si está cubierto por un Plan de Salud Grupal (GHP), ese plan es el único pagador durante los 3 primeros meses de un curso regular de diálisis.

Cuando haya comenzado con la cobertura Medicare debido a ESRD:

- Existe un período cuando su GHP pagará primero sus facturas por atención médica y Medicare pagará en segundo lugar. Este período se denomina Período de Coordinación de 30 meses. Sin embargo, algunos planes Medicare patrocinados por empleadores pagarán primero. Comuníquese con el administrador de beneficios del plan para obtener más información.
- Existe un período de coordinación separado de 30 meses, cada vez que se inscribe en Medicare debido a ESRD. Por ejemplo, si recibe un trasplante de riñón que funciona durante 36 meses, su cobertura Medicare terminará. Si después de 36 meses, se reinscribe en Medicare porque comienza diálisis o recibe un segundo trasplante, su cobertura Medicare volverá a comenzar de inmediato. Existe un período de espera de 3 meses antes de que Medicare comience a pagar. Sin embargo, habrá un nuevo Período de Coordinación de 30 meses, si tiene cobertura GHP.

Consideraciones de inscripción— Período de Coordinación de 30 meses

- Es posible que desee tener Medicare durante el período de coordinación
  - Para pagar el deducible/coseguro del Plan de Salud Grupal
  - Si recibirá un trasplante pronto
    - Afecta la cobertura para medicinas inmunosupresivas
    - Cobertura para donante vivo
- La demora de la Parte A o la Parte B podría significar
  - Tener que esperar el período de inscripción aplicable para inscribirse
  - Posible penalidad por inscripción tardía

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 13

El Período de Coordinación de 30 meses comienza el primer mes en que puede obtener Medicare, incluso si aún no se ha inscrito.

Ejemplo: Usted comienza diálisis en junio. El Período de Coordinación de 30 meses comienza, en general, el 1 de septiembre (el cuarto mes de diálisis, incluso si no tiene Medicare). Informe a sus proveedores si tiene cobertura de un Plan de Salud Grupal (GHP) durante este período, para que sus servicios se facturen correctamente. Después del Período de Coordinación de 30 meses, Medicare paga primero todos los servicios cubiertos por Medicare. Su GHP podría pagar servicios no cubiertos por Medicare. Si está cubierto por un Plan de Salud Grupal del Empleador (EGHP), quizá desee demorar la solicitud para inscribirse en Medicare. Estas son algunas cosas que debe tener en cuenta:

- Si su GHP paga todos los costos de atención médica sin deducibles ni coseguro, quizá desee demorar la inscripción en Medicare hasta poco tiempo antes de que termine el Período de Coordinación de 30 meses, para evitar faltas en la cobertura. Muchas EGHPs dejan de pagar después del mes 30. Si paga un deducible o seguro bajo su GHP, al inscribirse en Medicare la Parte A y la Parte B podrían pagar esos costos.
- Si se inscribe en la Parte A, pero demora la inscripción en la Parte B, no paga la prima de la Parte B durante ese tiempo. Sin embargo, deberá esperar hasta el siguiente Período de Inscripción General (1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse (cobertura vigente el 1 de julio) y su prima podría ser más elevada.
- Si se inscribe en la Parte A, pero demora la inscripción en la Parte D (Cobertura Medicare de Recetas Médicas), no paga la prima de la Parte D durante ese tiempo. Quizá quiera esperar hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre, con la cobertura vigente el 1 de enero) y su prima podría ser más elevada sin cobertura acreditable de medicamentos, lo que significa que se espera que la cobertura pague un promedio equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Consideraciones de inscripción— Medicinas Inmunosupresivas

Si usted	Sus Medicinas Inmunosupresivas
Tiene derecho a la Parte A al momento del trasplante **y** ▪ Medicare pagó su trasplante y se llevó a cabo en un centro aprobado por Medicare **o** ▪ Medicare fue pagador secundario, pero no realizó pagos	Están cubiertas por la Parte B ▪ Medicare paga el 80% ▪ Usted paga 20% • Los costos de coseguro no cuentan para Cobertura Catastrófica bajo la Parte D
No se cumplieron las condiciones de trasplante mencionadas anteriormente	Podrían estar cubiertas por la Parte D (excepto que estén cubiertas por la Parte B, pero no se ha inscrito en la Parte B) ▪ Los costos varían según el plan ▪ Ayuda a cubrir medicamentos necesarios para otras condiciones médicas

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 14

La terapia con Medicinas Inmunosupresivas solo está cubierta por Medicare Parte B para personas que tenían derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón, siempre que

- El trasplante se hubiera realizado en un centro aprobado por Medicare y
- Si Medicare pagó el trasplante, o
- Si Medicare no pagó, pero era el pagador secundario

El derecho a Medicare termina 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso, si ESRD es la única razón para el derecho a Medicare, es decir, si la persona no tiene 65 años de edad y no cuenta con Seguro Social por razones de incapacidad. Si se inscribe en la Parte D (Cobertura Medicare de Recetas Médicas) este período no cambia.

Si la Parte B cubre estos medicamentos y usted cuenta con un plan de la Parte D, los costos de coseguro de la Parte B no cuentan para su Cobertura Catastrófica de la Parte D (Gastos directos de su bolsillo verdaderos).

Las personas que no cumplan con las condiciones para cobertura de la Parte B de Medicinas Inmunosupresivas podrían obtener cobertura al inscribirse en la Parte D. Sin embargo, la Parte D no cubrirá medicamentos inmunosupresivos, si ya están cubiertos por la Parte B, aunque la persona no se haya inscrito en la Parte B. La Parte D podría ayudar a pagar los medicamentos de pacientes ambulatorios necesarios para tratar otros problemas médicos, como hipertensión arterial, niveles de azúcar en sangre no controlados o colesterol alto.

Cuándo comienza la Cobertura Medicare debido a ESRD

Su cobertura comienza	Bajo las siguientes circunstancias
Primer día del cuarto mes	Usted recibe un curso regular de diálisis en un centro aprobado
Primer día del primer mes de diálisis	Usted participa en un programa de capacitación para diálisis en el hogar durante los 3 primeros meses de su curso regular de diálisis (con expectativas de completarlo)
Primer día del mes	Recibe un trasplante de riñón
Primer día del mes	Lo aceptan en un centro de trasplantes aprobado por Medicare para recibir un trasplante de riñón o para someterse a los procedimientos preliminares a un trasplante de riñón, si el mismo se llevará a cabo el mismo mes o dentro de los 2 meses siguientes
Dos meses después del mes en que se realizó el trasplante	Su trasplante se demoró más de 2 meses desde que lo ingresaron al hospital para el trasplante **o** para recibir servicios de atención médica que necesita para el trasplante

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 15

En general, la cobertura Medicare comienza el primer día del cuarto mes de un curso regular de diálisis. Este período inicial de 3 meses se denomina período de calificación.

La cobertura puede comenzar el primer mes de un curso regular de tratamientos de diálisis, si usted cumple con todas estas condiciones:

- Usted participa en un programa de capacitación para diálisis en el hogar ofrecido por un centro de capacitación aprobado por Medicare, durante los 3 primeros meses de su curso regular de diálisis
- Su médico espera que complete la capacitación y pueda realizar sus propios tratamientos de diálisis.

La cobertura Medicare comienza el mes en que recibe un trasplante de riñón o el mes en que lo ingresan a un hospital aprobado para recibir un trasplante o para someterse a los procedimientos preliminares a un trasplante, siempre que el mismo tenga lugar ese mismo mes o dentro de los 2 meses siguientes.

La cobertura Medicare puede comenzar 2 meses antes del mes de su trasplante, si éste se demoró más de 2 meses desde que lo ingresaron al hospital para el trasplante **o** para recibir servicios de atención médica que necesita antes del trasplante.

NOTA: Cuando se inscribe en Medicare debido a ESRD y está haciendo tratamiento de diálisis, la cobertura Medicare comienza el primer día del cuarto mes de sus tratamientos. Este período de espera comenzará incluso si no se ha inscrito en Medicare. Por ejemplo, si no se inscribe hasta después de haber cumplido todos los requisitos, su cobertura comenzará hasta 12 meses antes del mes en el que presente la solicitud.

Cuándo termina, continúa o se reanuda la cobertura por ESRD

Cuándo termina la cobertura	Cuándo continúa la cobertura	Cuándo se reanuda la cobertura
El derecho solo a • cobertura por ESRD termina 12 meses después del mes en que ya no requiera un curso de diálisis **o** • Treinta y seis meses después del mes en que se realizó el trasplante de riñón	• No hay interrupción en la cobertura, si comienza un curso regular de diálisis nuevamente dentro de los 12 meses posteriores a la pausa en el tratamiento regular de diálisis **o** • Si recibe un trasplante de riñón **o** • Si el curso regular de diálisis comienza dentro de los 36 meses posteriores al trasplante **o** si recibió otro trasplante de riñón, dentro de los primeros 36 meses posteriores al trasplante	Debe presentar una solicitud nueva para que no haya período de espera, si • comienza un curso regular de diálisis nuevamente o si recibe un trasplante de riñón después de más de 12 meses de haber terminado un curso regular de diálisis • Si recibe otro trasplante de riñón > 36 meses después

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 16

Si es elegible para cobertura Medicare solo debido a ESRD, su cobertura Medicare terminará:

- Doce meses después de que haya dejado de recibir tratamientos de diálisis **o**
- Treinta y seis meses después del mes en que se realice el trasplante de riñón.

La cobertura Medicare *continuará* sin interrupción, si:

- Comienza un curso regular de diálisis nuevamente o si recibe un trasplante de riñón dentro de los 12 meses posteriores a recibir un curso regular de diálisis **o**
- Si comienza un curso regular de diálisis o si recibe otro trasplante de riñón antes del final del período de 36 meses posteriores al trasplante.

La cobertura Medicare *se reanudará* sin período de espera, si:

- Comienza un curso regular de diálisis nuevamente o si recibe un trasplante de riñón después de más de 12 meses de haber terminado un curso regular de diálisis **o**
- Comienza un curso regular de diálisis o si recibe otro trasplante de riñón después de más de 36 meses posteriores al trasplante de riñón.

NOTA: Es importante considerar que para que se reanude la cobertura, debe presentar una nueva solicitud para este nuevo período de derecho a Medicare (consulte el proceso en la diapositiva 11).

Pruebe su conocimiento—Pregunta 2

Si está recibiendo un curso regular de diálisis en un centro aprobado por Medicare, ¿cuándo comenzará su cobertura Medicare basada en ESRD?

a. El primer día del mes siguiente
b. 60 días después de que comience diálisis
c. 30 días después de que comience diálisis
d. El primer día del cuarto mes

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 17

Pruebe su conocimiento—Pregunta 2

Si está recibiendo un curso regular de diálisis en un centro aprobado por Medicare, ¿cuándo comenzará su cobertura Medicare basada en ESRD?

a. El primer día del mes siguiente
b. 60 días después de que comience diálisis
c. 30 días después de que comience diálisis
d. El primer día del cuarto mes

RESPUESTA: d. El primer día del cuarto mes

La cobertura Medicare comenzará el primer día del cuarto mes de un curso regular de diálisis (consulte la diapositiva 15.)

Pruebe su conocimiento—Pregunta 3

Su derecho Medicare basado solo en ESRD termina

a. 12 meses después del mes en que ya no requiera un curso de diálisis
b. 36 meses después del mes en que se realizó el trasplante de riñón
c. 90 días después del trasplante de riñón
d. Ambas respuestas, a y b, son correctas

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 18

Pruebe su conocimiento—Pregunta 3

Su derecho Medicare basado solo en ESRD termina

a. 12 meses después del mes en que ya no requiera un curso de diálisis
b. 36 meses después del mes en que se realizó el trasplante de riñón
c. 90 días después del trasplante de riñón
d. Ambas respuestas, a y b, son correctas

RESPUESTA: d. Ambas respuestas, a y b, son correctas

El derecho a Medicare basado solo en ESRD termina 12 meses después del mes en que ya no requiera un curso de diálisis o 36 meses después del mes en que reciba el trasplante de riñón.

Lección 3—Qué cubre Medicare

- La cobertura Medicare relacionada con ESRD incluye:
  - Servicios de diálisis
  - Capacitación para diálisis en el hogar
  - Cobertura de trasplante

La lección 3, “Qué cubre Medicare” explica los siguientes beneficios relacionados con ESRD:

- Servicios de diálisis
- Capacitación para diálisis en el hogar
- Cobertura de trasplante

Qué cubre Medicare

- Todos los servicios cubiertos por Medicare Original
  - Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
  - Medicare Parte B (Seguro Médico)
- Servicios especiales para ESRD (para pacientes que hacen tratamiento de diálisis y reciben trasplante)
  - Medicinas Inmunosupresivas
    - Bajo determinadas condiciones
  - Otros servicios especiales

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 20

Como paciente con derecho a Medicare basado en ESRD, tiene derecho a todos los servicios que ofrece Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Medicare Parte B (Seguro Médico) cubiertos bajo Medicare Original. También podría elegir recibir la misma cobertura para medicamentos recetados (Parte D) como cualquier otra persona que tenga Medicare.

Además, contamos con servicios especiales disponibles para personas con ESRD. Estos servicios incluyen cobertura para medicinas inmunosupresivas para pacientes que reciben trasplante, siempre que se cumplan determinadas condiciones (descritas anteriormente) y otros servicios para pacientes que recibieron trasplante y diálisis.

Visite Medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html para más información acerca de servicios e insumos cubiertos.

Servicios de diálisis cubiertos

- Pagos bajo la Parte A
  - Tratamientos para pacientes hospitalizados
- Pagos bajo la Parte B
  - Tratamientos de diálisis y servicios de médicos para pacientes ambulatorios
  - Capacitación para diálisis en el hogar
  - Equipo e insumos para diálisis en el hogar
  - Algunos servicios de apoyo y medicamentos para diálisis en el hogar
  - Terapia de nutrición médica

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 21

Si tiene Medicare como resultado de ESRD, sus tratamientos y servicios cubiertos podrían incluir lo siguiente:

- Parte A–Tratamientos para pacientes hospitalizados
- Parte B
  - Tratamientos para pacientes ambulatorios (si recibe tratamientos en un centro de diálisis aprobado por Medicare)
  - Servicios de médicos para pacientes ambulatorios
  - Capacitación para diálisis en el hogar
  - Equipo e insumos para diálisis en el hogar
  - Determinados servicios de apoyo en el hogar (podrían incluir visitas de técnicos capacitados para ayudar durante emergencias y para verificar su equipo de diálisis y el suministro de agua)
  - Determinados medicamentos para diálisis en el hogar

La Parte B también cubre servicios de terapia de nutrición médica y determinados servicios relacionados. Un nutricionista registrado o profesional de la nutrición que cumpla determinados requisitos puede brindar estos servicios que podrían incluir: evaluación nutricional, asesoramiento personalizado y servicios de terapia, en persona o a través de un sistema interactivo de telecomunicaciones.

Si recibe diálisis en un centro especializado, Medicare cubre la terapia nutricional médica como parte de su atención general de diálisis.

Diálisis en el hogar

- Es posible realizar dos tipos de tratamiento de diálisis en el hogar
  - Hemodiálisis
  - Diálisis peritoneal
- La mayoría de los medicamentos comunes están cubiertos por Medicare
  - Heparin para retardar la coagulación sanguínea
  - Medicamento para ayudar a coagular, cuando sea necesario
  - Anestesia tópica
  - Epoetina alfa para el manejo de la anemia

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 22

Existen 2 tipos de diálisis que pueden realizarse en el hogar, hemodiálisis y diálisis peritoneal:

1. La hemodiálisis utiliza un filtro especial (llamado dializador) para limpiar la sangre. El filtro se conecta a una máquina. Durante el tratamiento, su sangre fluye a través de tubos hacia el interior del filtro, para limpiar los desperdicios y los fluidos adicionales. La sangre recién limpia luego fluye a través de otro conjunto de tubos y de regreso al interior de su cuerpo.
2. La diálisis peritoneal utiliza una solución especial (llamada dialisato) que fluye a través de un tubo al interior de su abdomen. Después de algunas horas, el dialisato extrae los desperdicios de su sangre y se puede drenar desde el interior de su abdomen. Después de drenar el dialisato usado, se llena su abdomen con dialisato nuevo y el proceso de limpieza vuelva a empezar.

Algunos de los medicamentos más comunes cubiertos por Medicare bajo el Sistema de pago para servicios ambulatorios (PPS) para ESRD incluye lo siguiente: Heparin, que retarda la coagulación sanguínea; un medicamento para ayudar a coagular cuando se necesario; anestesia tópica y epoetin alfa para manejar la anemia.

NOTA: Por servicios de diálisis renal suministrados en o después del 1 de enero de 2014, todos los centros de ESRD reciben el pago del 100% bajo el PPS ESRD y ya no se realizan pagos combinados. Todos los medicamentos inyectables y productos biológicos relacionados con ESRD y los equivalentes orales de esos medicamentos inyectables y productos biológicos están incluidos en el PPS ESRD.

Capacitación para diálisis en el hogar

- Capacitación para diálisis en el hogar
  - Aprobación del médico para diálisis en el hogar
  - Se realiza en un centro certificado por Medicare durante el tratamiento de diálisis
- Equipo e insumos para diálisis en el hogar
  - Máquina para diálisis y silla
  - Paños estériles, guantes, tijeras
  - Toallas con alcohol
- Si completa la capacitación para diálisis en el hogar, su cobertura Medicare comenzará al mes siguiente en que comience su diálisis regular
  - Podrían estar cubiertos servicios tales como colocación de fístula

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 23

Usted podría calificar para recibir capacitación de diálisis en el hogar, si considera que podría beneficiarse al aprender cómo realizar auto-diálisis para tratamientos en el hogar y si su médico lo aprueba. Las sesiones de capacitación se llevarán a cabo al mismo tiempo que reciba tratamiento de diálisis. La capacitación debe estar a cargo de un centro de diálisis que haya sido certificado por Medicare, para brindar capacitación para diálisis en el hogar.

- La capacitación para diálisis en el hogar (en general lleva de 3 a 8 semanas preparar al paciente para diálisis en el hogar).
- Determinados servicios de apoyo en el hogar podrían estar cubiertos, como visitas de técnicos capacitados para ayudar durante emergencias y para verificar su equipo de diálisis y el suministro de agua.

Medicare también podría cubrir determinados equipos e insumos para diálisis en el hogar, incluidas toallitas con alcohol, la máquina de diálisis y la silla, paños estériles, guantes de goma y tijeras durante todo el tiempo que necesite diálisis en el hogar.

La cobertura Medicare puede comenzar tan pronto como el primer mes de diálisis, si cumple con todas las condiciones siguientes:

- Participa en un programa de capacitación para diálisis en el hogar ofrecido por un centro de capacitación aprobado por Medicare, para aprender a realizar tratamientos de auto-diálisis en el hogar.
- Su médico espera que complete la capacitación y pueda realizar sus propios tratamientos de diálisis.

Importante: Medicare no cubrirá cirugías ni otros servicios necesarios para prepararse para diálisis (como cirugía para un acceso para sangre [fístula]) antes de que comience la cobertura Medicare. Sin embargo, si completa la capacitación para diálisis en el hogar, su cobertura Medicare comenzará el mes siguiente a que comience su tratamiento de diálisis regular y estos servicios podrían estar cubiertos.

Servicios de diálisis en el hogar NO cubiertos bajo la Parte B

- Asesores pagos para diálisis
- Pago perdido
- Alojamiento durante el tratamiento
- Sangre para diálisis en el hogar (algunas excepciones)
- Medicamentos no relacionados con el tratamiento

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 24

También es importante comprender qué servicios no paga Medicare. Medicare **no** paga los siguientes servicios:

- Asesores pagos para diálisis que asistan con el tratamiento de diálisis en el hogar
- Cualquier ingreso que haya perdido usted o la persona que lo asiste durante la capacitación para diálisis en el hogar
- Alojamiento durante el tratamiento
- Sangre o glóbulos rojos en bolsa utilizados para diálisis en el hogar, excepto en caso de que formen parte del servicio del médico o si fueran necesarios para preparar el equipo de diálisis
- Medicamentos no relacionados con el tratamiento

Transporte en ambulancia

- Cubierto por Medicare en algunos casos
- Se necesita una orden escrita de su médico
  - Para servicios de ambulancia programados y repetitivos que no sean de emergencia
    - Deben ser necesarios por razones médicas
    - Deben estar fechados dentro de los 60 días de ese servicio
- Si tiene un Plan Medicare Advantage (MA), podría cubrir parte del transporte que no sea en ambulancia hacia centros de diálisis y médicos

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 25

En algunos casos, Medicare podría cubrir el transporte en ambulancia cuando usted padece ESRD. Existen factores múltiples que contribuyen a determinar si su transporte en ambulancia está cubierto para tratamientos de diálisis o no.

Para recibir servicios de ambulancia programados y repetitivos que no sean de emergencia, el proveedor del servicio de ambulancia debe recibir una orden escrita de su médico, antes de que usted reciba el servicio. La orden escrita del médico debe certificar que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas y debe estar fechado no antes de 60 días antes de que reciba el servicio de ambulancia.
Si tiene un Plan Medicare Advantage (MA) (como un Plan de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO) o una Organización de Proveedores Preferidos (PPO)), el plan podría cubrir parte del transporte que no sea en ambulancia hacia centros de diálisis y médicos. Lea los materiales del plan o consulte su plan específico para obtener más información.

Para más información acerca de cobertura de servicios de ambulancia, visite Medicare.gov/publications para leer o imprimir el folleto “Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia.” También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Parte A Cobertura de pacientes para trasplante

- Servicios para pacientes hospitalizados
  - Debe llevarse a cabo en un centro de trasplantes aprobado por Medicare
- trasplante (con donante vivo o cadavérico)
  - Toda la atención para el donante vivo que sea necesaria por razones médicas y esté relacionada con una donación
  - Preparación para el trasplante
- Honorarios del registro de la Red de Obtención y trasplante de Órganos
- Pruebas de laboratorio

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 26

Medicare cubre determinados servicios para pacientes de trasplantes. Aunque Medicare cubre hospitalizaciones necesarias por razones médicas para pacientes con ESRD, aquellos que se someten a trasplante de riñón tienen una cobertura especial, siempre que el trasplante se lleve a cabo en un hospital aprobado por Medicare para realizar trasplantes de riñón.

Medicare Parte A cubre lo siguiente:

- Servicios para pacientes hospitalizados para recibir un trasplante de riñón y/o para la preparación previa al trasplante (siempre que el hospital sea un centro de trasplantes aprobado por Medicare).
- Medicare cubre servicios relacionados tanto con donantes vivos como con donantes cadavéricos. Está cubierta toda la atención necesaria por razones médicas para el donante vivo, relacionada con una donación, incluso toda la atención necesaria debido a complicaciones. En general, las personas sanas pueden vivir perfectamente con un solo riñón.
- También cubre los honorarios del registro de la Red de Obtención y trasplante de Órganos, que se ocupa de posibilitar trasplantes con donante vivo a las personas que padecen fallo renal.
- Pruebas de laboratorio (para usted y su donante potencial).

Parte B Cobertura de pacientes de trasplante

- Servicios del cirujano para paciente y donante
  - Sin deducible para el donante
- Terapia con medicinas inmunosupresivas
  - Después del trasplante bajo determinadas condiciones

Parte B La cobertura del paciente trasplantado incluye lo siguiente:

- Servicios del cirujano que hará el trasplante, para paciente y donante El donante no debe cumplir un deducible.
- Terapia con medicinas inmunosupresivas después del trasplante, bajo determinadas condiciones.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 4

Los servicios para pacientes hospitalizados, tanto para el paciente que recibe el trasplante como para el donante, están cubiertos por Medicare Parte A.

a. Verdadero

b. Falso

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 28

Pruebe su conocimiento—Pregunta 4

Los servicios para pacientes hospitalizados, tanto para el paciente que recibe el trasplante como para el donante, están cubiertos por Medicare Parte A.

a. Verdadero

b. Falso

Respuesta: a. Verdadero

Medicare Parte A cubre lo siguiente:

- Servicios para pacientes hospitalizados para recibir un trasplante de riñón y/o para la preparación previa al trasplante. El hospital debe ser un centro de trasplante aprobado por Medicare.
- Medicare cubre servicios relacionados tanto con donantes vivos como con donantes cadavéricos. Está cubierta toda la atención necesaria por razones médicas para el donante vivo, relacionada con una donación, incluso toda la atención necesaria debido a complicaciones. En general, las personas sanas pueden vivir perfectamente con un solo riñón.
- También cubre los honorarios del registro de la Red de Obtención y trasplante de Órganos, que se ocupa de posibilitar trasplantes con donante vivo a las personas que padecen fallo renal.
- Pruebas de laboratorio (para usted y su donante potencial).

Lección 4—Opciones de cobertura para personas con ESRD

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Planes Medicare Advantage
  - Planes de Necesidades Especiales
- Planes Medicare para Recetas Médicas
- Medicare, el Mercado de Seguros Médicos y ESRD

La lección 4, “Opciones de cobertura para personas con ESRD”, explica lo siguiente:

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Planes Medicare Advantage, incluidos los Planes de Necesidades Especiales y los Planes Medicare para Recetas Médicas
- Medicare, el Mercado de Seguros Médicos y ESRD

ESRD y pólizas Medigap

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
  - Ayuda a completar las “faltas de cobertura” en la cobertura Medicare Original
- Es probable que las personas con ESRD no puedan adquirir Medigap
- Algunos estados requieren que la venta se realice solo a personas menores de 65 años
- Si estuviera disponible, podría costar más
- Nuevo Período de Inscripción Abierta a Medigap
  - A los 65 años

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 30

Una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) es un seguro de salud que venden compañías de seguros privadas, para ayudar a completar la “falta de cobertura” (como deducibles y coseguros) de Medicare Original. La ley federal no requiere que las compañías de seguros vendan pólizas Medigap a personas menores de 65 años; sin embargo, los siguientes estados establecen que las compañías de seguros solo pueden vender pólizas Medigap a personas menores de 65 años:

- Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Kansas, Louisiana, Maine, Maryland, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New México, New York, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Dakota, Tennessee, Texas y Wisconsin.
  - Medigap no está disponible para personas con ESRD menores de 65 años en California, Massachusetts y Vermont.
  - En Delaware, Medigap solo está disponible para personas menores de 65 años, si padecen ESRD.

Incluso si su estado no está en la lista anterior, estas son algunas cosas que debe saber:

- Algunas compañías de seguros podrían vender pólizas Medigap voluntariamente a algunas personas menores de 65 años.
- Algunos estados requieren que las personas menores de 65 años que están comprando una póliza Medigap reciban el mejor precio disponible.
- En general, las pólizas Medigap que se venden a personas menores de 65 años podrían costar más que las que se venden a los mayores de esa edad.

Si vive en un estado que tiene un Período de Inscripción Abierta a Medigap para personas menores de 65 años (todos reciben incluso otro Período de Inscripción Abierta a Medigap cuando cumplen 65 años), podrá comprar **cualquier** póliza Medigap que se venda en su estado, si está disponible.

Las compañías de seguros que venden pólizas Medigap deben informar los datos a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, la organización estadounidense que fija normas y brinda soporte regulatorio, creada y dirigida por los reguladores principales de seguros de los 50 estados, el Distrito de Columbia y los cinco territorios de EE.UU.

ESRD y los Planes Medicare Advantage (MA)

- En general, Medicare Original es la única opción si padece ESRD
- Excepciones posibles
  - Ha recibido un trasplante exitoso de riñón
  - El plan de salud grupal de su empleador está en la misma organización que su plan MA
    - No deben existir faltas en la cobertura
  - Un Plan para Necesidades Especiales para personas con ESRD

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 31

Los Planes Medicare Advantage (MA), en general, **no** están disponibles para personas con ESRD. Para la mayoría de las personas con ESRD, Medicare Original es, en general, la única opción. Podría unirse a un Plan MA, si ya recibe sus beneficios de salud (por ejemplo, a través de un Plan de Salud Grupal del empleador (EGHP)) a través de la misma organización que ofrece el plan MA. Mientras está en el Plan MA, el plan será el proveedor principal de su cobertura de atención médica. Debe utilizar su tarjeta de identificación del Plan MA en lugar de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, cuando visite a su médico o reciba otras clases de servicios de atención médica. En la mayoría de los Planes MA, en general, recibe toda la atención médica cubierta por Medicare a través del plan y el plan podría ofrecer beneficios adicionales. Es posible que deba consultar a médicos que pertenecen al plan o asistir a determinados hospitales para recibir servicios. Deberá pagar otros costos (como copagos o coseguros) por los servicios que reciba.

- Los Planes MA incluyen:
  - Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud
  - Planes de Organización de Proveedores Preferidos
  - Planes Privados de Pago-por-Servicio
  - Planes Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos
  - Planes de Necesidades Especiales

Es probable que deba registrarse para unirse a un Plan para Necesidades Especiales. Sin embargo, existen algunas excepciones, que cubriremos en las siguientes diapositivas.

ESRD y los Planes Medicare Advantage (MA) (continuación)

- Si ya cuenta con un Plan MA y desarrolla ESRD, usted:
  - Puede quedarse en el plan
  - Puede unirse a otro plan de la misma compañía en el mismo estado
  - Puede unirse a otro plan, si el plan abandona Medicare

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 32

Existen otras situaciones en las que alguien con ESRD puede unirse a un Plan Medicare Advantage (MA):

- Si ya está en un Plan MA y desarrolla ESRD, puede permanecer en el plan o unirse a otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado.
- Si ya ha recibido un trasplante exitoso de riñón, puede unirse a un plan.
- También podría unirse a un Plan MA, si está en un plan de atención médica que no es de Medicare y luego pasa a ser elegible para Medicare, basado en ESRD. Puede unirse a un Plan MA ofrecido por la misma organización que ofrecía su plan de atención médica fuera de Medicare. No debe haber faltas de cobertura entre el plan fuera de Medicare y el Plan MA.
- Si su plan abandona Medicare o ya no brinda cobertura en su área, puede unirse a otro Plan MA, si hubiera uno disponible en su área y aceptara miembros nuevos.
- Los Planes MA pueden elegir aceptar afiliados nuevos que padecen ESRD y que se estén afiliando a un Plan MA a través del empleador o de un grupo gremial, bajo determinadas circunstancias limitadas.

Si tiene ESRD y decide abandonar su Plan MA, puede elegir solo Medicare Original.

Planes de Necesidades Especiales (SNPs)

- Limitan la membresía a determinados grupos de personas
- Algunos SNPs brindan servicios a personas con ESRD al ofrecer beneficios como:
  - Experiencia de proveedores especiales
  - Gestión de atención médica concentrada
- Deben brindar cobertura de medicamentos recetados
- Disponibles en áreas limitadas
- Visite Medicare.gov/find-a-plan/ para ver si un SNP para ESRD está disponible en su área

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 33

Los Planes de Necesidades Especiales (SNPs) limitan todo o parte de su membresía a personas en determinadas instituciones (como un asilo de ancianos), o a quienes son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid, o a personas con determinadas condiciones médicas crónicas o incapacitantes.

Algunos SNPs de Medicare Advantage podrían aceptar a personas con ESRD. Estos planes brindan toda la atención médica y los servicios incluidos en la Parte A y la Parte B. Además, pueden brindar cobertura Medicare para recetas médicas. Estos planes pueden diseñarse específicamente para personas con ESRD, o pueden solicitar una exención para aceptar pacientes con ESRD. Los SNPs están disponibles en áreas limitadas y solo algunos de ellos brindan servicios a personas con ESRD.

El SNP debe estar diseñado para brindar atención médica y servicios de Medicare a personas que puedan beneficiarse lo más posible de cosas como la experiencia especial de los proveedores del plan y de la gestión de atención médica concentrada. Los SNPs además deben brindar cobertura Medicare para recetas médicas. Por ejemplo, un SNP para personas con diabetes podría contar con proveedores adicionales que tengan experiencia para manejar condiciones médicas relacionadas con la diabetes, incluir educación especial concentrada y/o programas de nutrición o ejercicio diseñados para ayudar a controlar esa condición. Los SNPs para personas que cuentan tanto con Medicare como con Medicaid podrían ayudar a los miembros a acceder a recursos de la comunidad y a coordinar muchos de sus servicios de Medicare y Medicaid.

Para buscar un SNP de Medicare para personas con ESRD que esté disponible en su área

- Visite Medicare.gov (haga clic en “Buscar Planes de Atención Médica y Medicamentos”).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

ESRD y Cobertura Medicare para Recetas Médicas

- Cobertura Medicare para Recetas Médicas (Parte D)
  - Disponible para todas las personas con Medicare
  - Cubre medicamentos que no están cubiertos bajo la Parte B
  - Debe inscribirse en un plan para obtener cobertura
  - Usted paga una prima mensual y una parte de los costos de los medicamentos recetados
  - Cuenta con ayuda adicional disponible para determinadas personas con ingresos y recursos limitados

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 34

La Parte D, Cobertura Medicare para Recetas Médicas, está disponible para todas las personas que tienen Medicare, incluidas las que tienen derecho a la cobertura debido a ESRD o a una incapacidad.

En tanto que numerosos medicamentos (por ejemplo, medicinas inmunosupresivas necesarias después de un trasplante de riñón) están cubiertos bajo la Parte B, otros medicamentos no lo están (por ejemplo, los medicamentos necesarios para tratar condiciones médicas relacionadas como hipertensión). Por esta razón, los pacientes con ESRD deberían considerar inscribirse en un plan con Parte D.

Todas las personas que tienen Medicare son elegibles para unirse a un Plan Medicare para Recetas Médicas, para ayudar a reducir los costos de los medicamentos recetados y protegerse contra costos más elevados en el futuro. Los niños que tienen Medicare basados en ESRD también pueden inscribirse en un plan de medicamentos Medicare.

Debe inscribirse en un plan para obtener Cobertura Medicare para Recetas Médicas. Cuando se inscribe en un Plan Medicare para Recetas Médicas, paga una prima mensual además de una parte del costo de sus medicamentos recetados (copago o coseguro).

Quienes tengan ingresos y recursos limitados pueden recibir ayuda adicional para pagar los costos del Plan Medicare para Medicamentos Recetados.

Para más información, visite Medicare.gov y haga clic en “Recibir ayuda para pagar los costos.”

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

- Medicare no forma parte del Mercado.
- Si posee Medicare está cubierto y no necesita hacer nada relacionado con el Mercado
  - La Parte A se considera la cobertura esencial mínima
- Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda una póliza de plan del Mercado, incluso si usted sólo tiene la Parte A o la Parte B

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 35

Medicare no es parte del Mercado.

Si posee Medicare está cubierto y no necesita hacer nada relacionado con el Mercado.

La Parte A se considera la cobertura esencial mínima.

Es ilegal que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda una póliza de plan del Mercado, incluso si usted solo tiene la Parte A **o** la Parte B. Consulte la siguiente diapositiva para conocer las excepciones.

NOTA: Consulte "Medicare y el Mercado de Seguros Médicos" para más información: Medicare.gov/Pubs/pdf/11694.pdf o Medicare.gov/about-us/affordable-care-act/medicare-and-the-marketplace.html.

ESRD y Fondos para Grupos de Alto Riesgo

- Excepción para personas con Medicare y ESRD
  - En situaciones limitadas, los emisores pueden vender pólizas de seguro de salud individuales del Mercado a personas que cuentan con Medicare y son menores de 65 años, que hayan obtenido cobertura suplementaria a través de un fondo para grupos de alto riesgo, pero que hayan perdido esa cobertura
  - Dentro y fuera del Mercado de Seguros Médicos
  - HHS no aplican ninguna disposición anti-duplicación
- Visite CMS.gov para conocer el memo relacionado con políticas del Mercado y personas del fondo para grupos de alto riesgo

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 36

Existe una pequeña parte de la población de personas con Medicare, menores de 65 años, que en la actualidad reciben cobertura suplementaria a través de fondos para grupos de alto riesgo (casi 6.000 personas en todo el país). Estos beneficiarios tienen una incapacidad o padecen ESRD. A diferencia de los beneficiarios mayores de 65 años, estos beneficiarios no tienen derecho federal garantizado a comprar un seguro suplementario a Medicare y han obtenido cobertura a través de los fondos para grupos de riesgo de sus estados, que pagan el gasto compartido bajo Medicare Original.

Las personas que anteriormente recibían seguro médico a través de fondos para grupos de riesgo, en general, serán elegibles para comprar seguros en el mercado individual, tanto dentro como fuera del Mercado.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. no aplicará ninguna disposición antiduplicación de la sección 1882(d)(3)(A) de la ley del Seguro Social (la Ley) del 10 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015, si determinados beneficiarios de Medicare menores de 65 pierden cobertura estatal de fondos para grupos de alto riesgo.

NOTA: Se ha emitido un memo de la política acerca de "La venta de pólizas individuales de mercado a beneficiarios de Medicare, menores de 65 años, que perdieron cobertura debido al cierre de los fondos para grupos de alto riesgo."
El boletín establece circunstancias bajo las cuales los emisores podrían vender pólizas de seguro de salud individuales del mercado a algunas personas que cuenten con Medicare y sean menores de 65 años, que hayan perdido la cobertura estatal de fondos para grupos de alto riesgo. Visite CMS.gov/Medicare/Health-Plans/Medigap/Downloads/Sale-of-Individual-Market-Policies-to-Certain-Medicare-Beneficiaries.pdf para ver el memo.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 5

¿Qué opción de Medicare NO está disponible para la MAYORÍA de las personas con ESRD?

a. Planes Medicare Advantage

b. Planes Medicare para Recetas Médicas

c. Medicare Partes A y B

d. Cobertura de empleador

Pruebe su conocimiento—Pregunta 5

¿Qué opción de Medicare NO está disponible para la MAYORÍA de las personas con ESRD?

a. Planes Medicare Advantage (MA)

b. Planes Medicare para Recetas Médicas

c. Medicare Partes A y B

d. Cobertura de empleador

RESPUESTA: a. Los Planes MA

Los Planes MA, como Organización para el Mantenimiento de la Salud, Organización de Proveedor Preferido y Planes de Pago por Servicio, en general, no están disponibles para personas con ESRD. Las personas que ya son afiliados a un Plan MA y que luego desarrollan ESRD, pueden permanecer en el plan o unirse a otro plan ofrecido por la misma compañía en el mismo estado.

Lección 5—Fuentes adicionales de información

- Sitios Web
- Publicaciones
- Otros recursos

Lección 5, “Fuentes adicionales de información,” proporciona lo siguiente:

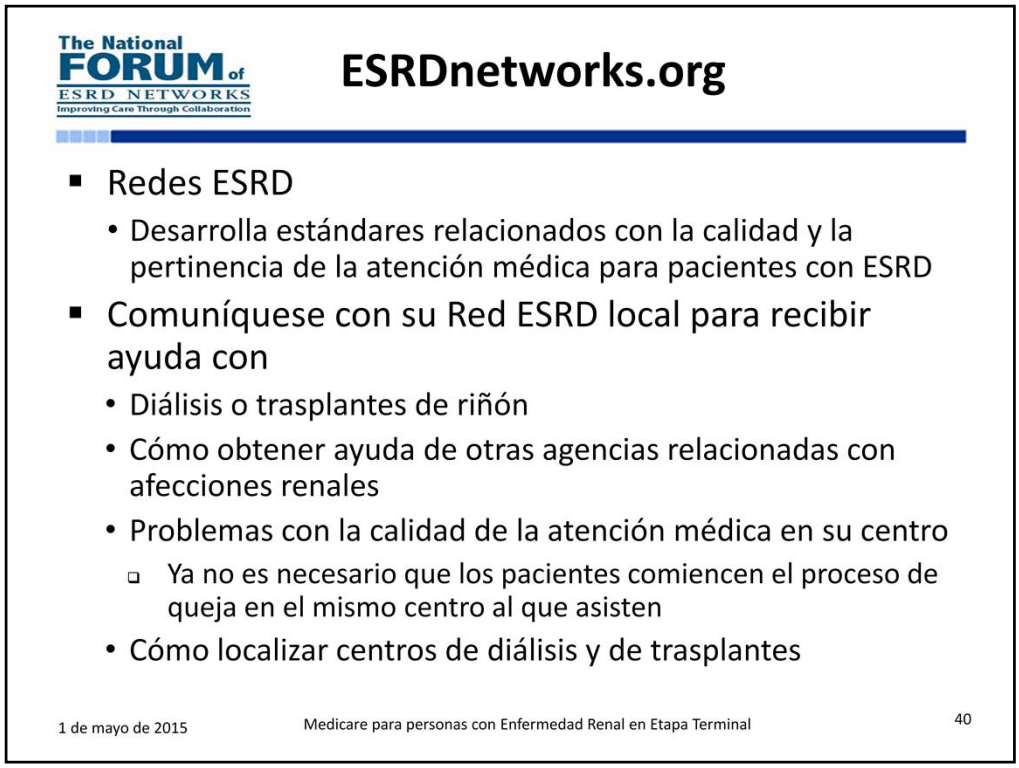
- Sitios Web
- Publicaciones
- Otros recursos

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cuentan con una herramienta de Comparación de Centros de Diálisis (DFC) en Medicare.gov donde puede buscar un centro de diálisis cercano a su domicilio por código postal, ciudad o estado. También ayuda a buscar y comparar centros de diálisis certificados por Medicare y brinda información acerca de enfermedad renal crónica, diálisis y trasplantes.

En enero de 2015, CMS agregó un Sistema de Clasificación por Estrellas de DFC en un esfuerzo por simplificar la comprensión y el uso de los datos acerca de centros de diálisis. Las clasificaciones por estrellas muestran si su centro de diálisis brinda atención de diálisis de alta calidad, es decir, si se sabe que la atención de ese centro obtiene los mejores resultados para la mayoría de los pacientes.

Las clasificaciones por estrellas utilizan mediciones diversas informadas en los DFC, que reflejan la calidad de la atención que se brinda en cada centro de diálisis. Si es nuevo en lo que respecta a diálisis, usted y su médico pueden conversar acerca de lo que significan las clasificaciones por estrellas y cómo puede usarlas junto con otra información, para que lo ayuden a decidir a qué centro acudir para recibir tratamiento. Lo alentamos a visitar los centros que le interesan, antes de decidir a cuál asistir para recibir su tratamiento de diálisis.

Para más detalles acerca de las mediciones utilizadas para determinar las clasificaciones por estrellas de los centros de diálisis, visite Medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#data/star-ratings-system. En el siguiente enlace encontrará una lista de verificación para pacientes con preguntas que puede formular a sus proveedores de atención médica, para que lo ayuden a determinar el centro de diálisis al que asistirá y las opciones de tratamiento más adecuadas para usted: Medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#resources/patient-checklists.



Bajo la dirección de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el programa de la Red ESRD consta de una red nacional de 18 Redes ESRD responsables de cada estado, los cinco territorios y el Distrito de Columbia. Las áreas geográficas de servicio de las Redes ESRD se basan en el número y la concentración de beneficiarios con ESRD. Las redes ESRD trabajan con los consumidores y los centros ESRD y otros proveedores de servicios relacionados con ESRD para perfeccionar los sistemas de entrega de atención médica, con el fin de asegurar que los pacientes con ESRD reciban la atención adecuada en el momento preciso.

Las Redes ESRD son una excelente fuente de información para personas con Medicare y proveedores de atención médica. Las Redes ESRD son responsables de desarrollar criterios y estándares relacionados con la calidad y la pertinencia de la atención médica para pacientes con ESRD. Ellos evalúan las modalidades de tratamiento y la calidad de la atención médica. Además brindan asistencia técnica a los centros de diálisis.

Las Redes ESRD también ayudan a educar a las personas con Medicare acerca del programa Medicare y ayudan a resolver quejas y quejas formales. Para proteger a los pacientes de posibles represalias, la política de CMS ya no requiere que el proceso de queja comience en el mismo centro de diálisis al que asiste; ahora los pacientes pueden obviar el centro y denunciar las quejas directo ante la Red ESRD.

Puede obtener información de contacto de su Red ESRD local en “La Cobertura Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón”, Publicación CMS 10128, de http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10128-S.pdf, y en esrdnetworks.org.

NOTA: En el siguiente enlace encontrará una lista de información de contacto disponible para Redes ESRD por estado/región: esrdnetworks.org.

Fistula First

- Iniciativa Nacional de Mejora al Acceso Vascular
  - Para aumentar el uso de fístulas para hemodiálisis
  - Resultados mejorados
- Una fístula es una conexión quirúrgica que une una vena y una arteria del antebrazo
  - Brinda acceso para diálisis

Fuente NIDDK de NIH.

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 41

En la actualidad, las Redes ESRD trabajan con Medicare para aumentar el uso de fístulas arteriovenosas (AVFs). “Fistula First” es el nombre otorgado a la Iniciativa Nacional de Mejora al Acceso Vascular. Este proyecto de mejora de calidad se realiza en las 18 Redes ESRD para promover el uso de AVFs al brindar hemodiálisis para todos los pacientes aptos para diálisis.

Una fístula es una conexión creada quirúrgicamente al unir una vena y una arteria del antebrazo, que permite que la sangre de la arteria fluya hacia la vena y brinde acceso para diálisis. Las fístulas duran más tiempo, necesitan menos trabajo y están asociadas con tasas inferiores de infección, hospitalización y muerte que otros tipos de acceso. Otros tipos de acceso incluyen injertos (uso de un tubo sintético para conectar la arteria a una vena del brazo) y catéteres (agujas insertadas de manera permanente en una vena regular, pero que queda hacia fuera de la piel).

NOTA: Cortesía gráfica del Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales, de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU.

Puntos clave que debe recordar

- ✓ Usted es elegible para Medicare Parte A, con créditos laborales y documentación médica requeridos, sin importar su edad, si sus riñones ya no funcionan y si recibe un curso regular de diálisis o si se ha sometido a un trasplante de riñón.
- ✓ Medicare Original, en general, es la única opción para la mayoría de las personas que padecen ESRD; contar con la Parte A, B y D brinda la cobertura más integral posible.
- ✓ Existe un período durante el cual su plan de salud grupal pagará primero sus facturas por atención médica y Medicare pagará en segundo lugar.
- ✓ La terapia con medicinas inmunosupresivas solo está cubierta por Medicare Parte B para personas que tenían derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón.
- ✓ Las Redes ESRD manejan los problemas relacionados con la calidad de la atención médica.

1 de mayo de 2015 Medicare para personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal 42

ESRD es un fallo renal permanente. Si está en la etapa V de la enfermedad renal crónica, es posible que necesite un curso regular de diálisis o un trasplante de riñón.

Usted es elegible para Medicare Parte A, con créditos laborales y documentación médica requeridos, sin importar su edad, si sus riñones ya no funcionan y si recibe un curso regular de diálisis, si recibe tratamiento de diálisis en el hogar o si ha recibido recientemente un trasplante de riñón, en un hospital aprobado.

Hemos hablado acerca de las opciones de inscripción y sabemos que usted recibe todos los servicios de las Partes A y B, que puede obtener la Parte D (Cobertura Medicare de Recetas Médicas) y recibir algunos servicios especiales adicionales.

Describimos los servicios que están cubiertos y que Medicare Original es la única opción que tiene la mayoría de las personas con ESRD, para contar con cobertura Medicare. La cobertura del plan de salud grupal del empleador tiene un período de coordinación de 30 meses.

También aprendimos que la terapia con medicinas inmunosupresivas solo está cubierta por Medicare Parte B para personas que tenían derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón.

Hablamos acerca de la Comparación de Centros de Diálisis y de las Redes ESRD que manejan los problemas de calidad en la atención médica.

Recursos de cobertura clave en: Medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html.

Guía de recursos de ESRD

Recursos	Recursos	Productos Medicare
Medicare.gov Medicare.gov/people-like-me/esrd/dialysis-information.html **Centro de Atención Telefónica Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) **Seguro Social** 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) **Red de Aprendizaje PPS Medicare para ESRD:** CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/End-Stage_Renal_Disease_Prospective_Payment_System_ICN905143.pdf	**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIPs)** Para números telefónicos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 (TTY) **Redes ESRD** esrdnetworks.org **Fistula First** esrdncc.org/ffcl/ **Fundación Nacional del Riñón** kidney.org **Fondo Estadounidense del Riñón** akfinc.org/ **Red Unida de Órganos Compartidos** unos.org/ **Formulario de Evidencia Médica** **(CMS 2728)** CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms2728.pdf	"Cobertura Medicare de Servicios de Diálisis y trasplante de Riñón", Producto CMS No. 10128 "Medicare para Niños con Enfermedad Renal en Etapa Terminal ", Producto CMS No. 11312 "Medicare Ayuda a Cubrir la Educación acerca de la Enfermedad Renal", Producto CMS No. 11456 "Medicare y Servicios Educativos acerca de Enfermedad Renal", Producto CMS No. 11454 "Cobertura Medicare de Beneficios de Diálisis y trasplante de Riñón": Cómo empezar," Producto CMS No. 11360 **Para acceder a estos productos:** Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications Solicite copias múltiples (solo asociados) en productordering.cms.hhs.gov. Debe registrar su organización.

Programa Nacional de Capacitación de CMS (NTP)

Para ver todos los materiales de capacitación NTP o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite:

CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html

Si desea formular preguntas acerca de productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación lo proporciona el Programa Nacional de Capacitación de CMS (NTP por sus siglas en inglés).
Si desea visualizar todos los materiales NTP de CMS, incluso los módulos adicionales de capacitación, asesoramientos laborales, actividades educativas y cronogramas de seminarios y talleres, o suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite: CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram. Si desea formular preguntas acerca de productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov.