

Solicitud de la Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) personas con enfermedad renal en etapa final

Use esta solicitud para solicitar Medicare independientemente de la edad que tenga si padece enfermedad renal en etapa final (ESRD) y cumple con todos estos requisitos:

- Sus riñones ya no funcionan
- Necesita tratamiento regular de diálisis o ha recibido un trasplante de riñón

Obtenga más información sobre Medicare para personas con ESRD en [medicare.gov/basics/end-stagerenal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stagerenal-disease).

Debe presentar comprobantes que demuestren que tiene ESRD

Tendrá que presentar evidencia junto con su solicitud para demostrar que le han diagnosticado enfermedad renal en etapa final (ESRD). Su profesional de la salud debe llenar el formulario CMS-2728, Informe de pruebas médicas de enfermedad renal en etapa final, derecho a Medicare y/o registro del paciente. Envíe el formulario cumplimentado con su solicitud. Descargue el formulario en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS2728.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS2728.pdf).

Cómo presentar esta solicitud

Envíe la solicitud cumplimentada y firmada y el formulario CMS-2728 de su proveedor a la oficina local del Seguro Social por fax o por correo. Visite www.ssa.gov/locator para obtener su información de contacto.

Obtenga ayuda con esta solicitud

- **Por teléfono:** Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- **En persona:** Visite la oficina local del Seguro Social. Encuentre la oficina más cercana en [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).
- **En español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.

Reciba información en otro formato

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impresa en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.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.

Cuándo puede solicitar la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico)

Cuándo tiene derecho por primera vez

Puede tener derecho a Medicare por padecer ESRD no antes del mes en que se cumplan los siguientes requisitos:

- Ha trabajado durante suficiente tiempo bajo el Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, o
- Usted es cónyuge o hijo dependiente de una persona que cumple con uno de los requisitos anteriores.

NOTA: Debe presentar una solicitud CMS-43 Solicitud de la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) para personas con enfermedad renal en etapa final. La solicitud puede ser retroactiva hasta 12 meses. Se requiere una determinación médica para demostrar que padece enfermedad renal en etapa final y que cumple con los requisitos de trasplante o diálisis regular.

Mensajes especiales

- Si tiene un plan de salud grupal basado en su empleo o en el de un familiar suyo, o en un empleo anterior, y es elegible para Medicare por padecer una enfermedad renal en etapa final, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses a partir de que adquiera la elegibilidad para Medicare. Medicare paga primero después de este periodo de 30 meses.
- La Parte A de Medicare (seguro de hospital) ayuda a cubrir los servicios de internación en hospitales. La Parte B de Medicare (seguro médico) paga la mayor parte de los costos de los servicios de médicos y cirujanos, y otros servicios médicos cubiertos, como los TRATAMIENTOS DE DIÁLISIS AMBULATORIOS, que no están cubiertos por la Parte A de Medicare. La Parte B de Medicare cubre la DIÁLISIS EN CASA, incluidos los equipos y suministros de diálisis en casa.
- Si se inscribe en la Parte B de Medicare, tendrá que pagar una prima mensual. Su prima se deducirá del pago del beneficio mensual que usted reciba del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración de Personal. Si no percibe dichos beneficios, se le notificará cómo debe pagar las primas. Se le notificará con antelación si se produce algún cambio en el monto de su prima.
- Por lo general, Medicare solo puede pagar las facturas de hospital o médicas cuando reciba atención médica en los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana).

Si solo tiene Medicare porque padece enfermedad renal en etapa final (ESRD), su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos inmunosupresores, finalizará 36 meses después de un trasplante de riñón exitoso. Medicare ofrece un beneficio que ayuda a pagar los medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses. Este beneficio solo cubre los medicamentos inmunosupresores y ningún otro artículo o servicio. No sustituye a la cobertura médica completa. Si se inscribe en el beneficio de medicamentos inmunosupresores, pero posteriormente obtiene otra cobertura médica, deberá notificarlo al Seguro Social en un plazo de 60 días a partir de la inscripción en la nueva cobertura. Puede inscribirse en este beneficio en cualquier momento. Para hacerlo, llame al Seguro Social al 1-877-465-0355. Este es un número de teléfono especial exclusivo para este beneficio. Los usuarios de TTY pueden llamar a nuestra línea general al 1-800-325-0778

Solicitud de la Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) para personas con enfermedad renal en etapa final

1. HÁBLENNOS DE USTED: Necesitamos esta información para buscarlo en nuestros registros.

1a. Su número del Seguro Social (o su número de Medicare)	1b. Su nombre (apellido, nombre, segundo nombre)
1c. Nombre al nacer si es diferente del indicado en el punto 1b.	
1d. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	1e. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□
1f. Estado o país de nacimiento (escriba el nombre completo, sin abreviaturas)	1g. Dirección postal (número y calle, apartado postal, o ruta)
1h. Dirección de residencia permanente, si es diferente de su dirección postal	1i. Número de teléfono (□□□) □□□ – □□□□

2. HÁBLENNOS DE SUS INGRESOS E HISTORIAL LABORAL:

2a. ¿A cuánto ascendieron sus ingresos totales el año pasado? Anote el importe total de sus salarios W2 e ingresos netos. Si no percibió ninguno, escriba "NINGUNO".

2b. ¿A cuánto espera que asciendan sus ingresos totales este año? Si no recibirá ninguno, escriba "NINGUNO".

2c. ¿Trabajó usted o su cónyuge (o excónyuge) en el sector ferroviario durante 5 años o más? (En caso negativo, omita las preguntas sobre el matrimonio del punto 4.) ☐ Sí ☐ No

2d. ¿Es usted un hijo dependiente que utiliza el historial laboral de su progenitor o la condición de asegurado del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario para tener derecho a los beneficios por enfermedad renal en etapa final? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la madre Fecha de nacimiento: □□ / □□ / □□□□ SSN: □□□ / □□ / □□□□ o número de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB): □□□□ / □□□□ / □□□□	Nombre del padre: Fecha de nacimiento: □□ / □□ / □□□□ SSN: □□□ / □□ / □□□□ o número de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB): □□□□ / □□□□ / □□□□
---	--

2e. ¿Su padre o su madre trabajaron en el sector ferroviario durante 5 años o más? ☐ Sí ☐ No

3. HÁBLENNOS DE SU CIUDADANÍA:

3a. ¿Es ciudadano estadounidense? (En caso afirmativo, pase al punto 4.) ☐ Sí ☐ No

3b. ¿Se encuentra legalmente en los EE. UU.? (En caso negativo, pase al punto 4.) ☐ Sí ☐ No

3c. ¿Cuándo empezó a residir legalmente en los EE. UU.? (MM/DD/AAAA)
□□ / □□ / □□□□

3d. ¿Reside actualmente en los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

3e. ¿Cuándo se convirtió en residente de los EE. UU.? (MM/DD/AAAA)
□□ / □□ / □□□□

3f. ¿Ha residido en los EE. UU. sin interrupción durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

3g. Indique dónde ha vivido en los últimos 5 años y las fechas en que vivió ahí. (Si necesita más espacio, añada la información en el espacio para observaciones de la sección 7).

Dirección	Empezó a vivir ahí (MM/AAAA) □□ / □□□□	Dejó de vivir ahí (MM/AAAA) □□ / □□□□

4. HÁBLENOS DE SU ESTADO CIVIL:

NOTA: Llene este apartado sólo si usa el historial laboral de su cónyuge o excónyuge o la condición de asegurado del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario para tener derecho a Medicare.

4a. ¿Está casado actualmente? (En caso negativo, pase al punto 4g.) ☐ Sí ☐ No	4b. Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre)
4c. Fecha de nacimiento del cónyuge (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	4d. Número del Seguro Social del cónyuge □□□ / □□ / □□□□
4e. Fecha de matrimonio (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	4f. ¿Su cónyuge trabaja (o trabajó) en el sector ferroviario o recibe (o recibió) beneficios ferroviarios? ☐ Sí ☐ No
4g. Si no está casado actualmente, ¿tuvo un matrimonio anterior que duró 10 años o más O que terminó con el fallecimiento del cónyuge? (En caso negativo, pase al punto 5.) ☐ Sí ☐ No	
4h. Nombre del cónyuge anterior (apellido, nombre, segundo nombre)	4i. Fecha de nacimiento del cónyuge anterior (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□
4j. Número del Seguro Social del cónyuge anterior □□□ / □□ / □□□□	4k. Fecha del matrimonio anterior (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□
4l. Fecha en que finalizó el matrimonio anterior (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	4m. Fecha de defunción del cónyuge anterior, si ha fallecido (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□
4n. ¿Tiene otro matrimonio que haya durado 10 años o que haya terminado con el fallecimiento del cónyuge? (Si necesita más espacio para añadir el nombre de otro excónyuge, fecha de nacimiento, número del Seguro Social, fechas de inicio y fin del matrimonio o la fecha de fallecimiento del excónyuge, añada la información en el apartado 7: Observaciones). ☐ Sí ☐ No	

5. HÁBLENOS DE SU HISTORIAL MÉDICO:

5a. ¿Ha recibido diálisis programada regularmente? (En caso negativo, pase al punto 5e.) ☐ Sí ☐ No	
5b. ¿Cuándo empezó a recibir diálisis? (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	5c. ¿Terminó ya la diálisis? (En caso negativo, pase al punto 5e.) ☐ Sí ☐ No
5d. ¿Cuándo finalizó la diálisis? (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	5e. ¿Ha participado (o espera participar) en un programa de capacitación para autodiálisis? (En caso negativo, pase al punto 5g.) ☐ Sí ☐ No
5f. ¿Cuándo empieza o cuándo planea iniciar la participación en un programa de capacitación para autodiálisis? (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	5g. ¿Ha recibido un trasplante de riñón? (En caso negativo, pase al punto 6) ☐ Sí ☐ No
5h. Escriba la o las fechas del o los trasplantes (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	5i. ¿Estuvo ingresado en el hospital por algún procedimiento relacionado el mes anterior al trasplante de riñón? (En caso negativo, pase al punto 6.) ☐ Sí ☐ No
5j. Escriba la o las fechas de hospitalización (MM/DD/AAAA) □□ / □□ / □□□□	

6. INSCRIPCIÓN A LA PARTE B DE MEDICARE:

6a. 6a. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare? (Tiene que pagar una prima mensual por la Parte B. En caso negativo, pase al punto 7). ☐ Sí ☐ No
6b. Si su solicitud se tramita dentro de los 5 meses siguientes al primer mes en que cumplió los requisitos para tener derecho a Medicare, su cobertura comenzará ese primer mes.
Si su solicitud se tramita más de 5 meses después del primer mes en que cumplió los requisitos, podrá elegir una de las siguientes opciones para su primer mes de cobertura (Marque una opción.) ☐ El mes que sea lo más pronto posible (deberá pagar todas las primas de los meses de cobertura anteriores) O ☐ El mes que presentó esta solicitud O ☐ El mes en que se tramite esta solicitud

Obtenga más información sobre las fechas de inicio y finalización de la cobertura de Medicare para personas con enfermedad renal en etapa final en [medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease)

NOTA: Medicare ofrece un beneficio que ayuda a pagar los medicamentos inmunosupresores más allá de los 36 meses. Visite [medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) para obtener más información.

7. OBSERVACIONES:

8. FIRME SU SOLICITUD:

8a. Si está llenando esta solicitud por otra persona, ¿cómo se llama usted y cuál es su parentesco con la persona que presenta la solicitud?

Al firmar esta solicitud, entiendo que la información que he proporcionado se utilizará para tramitar mi solicitud de Medicare. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, esto constituye un delito castigado por la ley federal con multa, encarcelamiento o ambas penas. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

8b. Firma manuscrita (no escriba en letra de imprenta)

8c. Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

	/		/				
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Si esta solicitud ha sido firmada con la marca (X), un testigo que conozca a la persona solicitante deberá firmar también a continuación:

8d. Nombre del testigo (nombre y apellido)

8e. Firma del testigo

8f. Fecha de la firma (MM/ DD/AAAA)

	/		/				
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sé que toda persona que haga una declaración falsa en una solicitud o para determinar el derecho a un pago en virtud de la Ley del Seguro Social comete un delito federal que se castiga con multa, prisión o ambas penas. Manifiesto que toda la información que he proporcionado en este documento es verdadera.

Firma del solicitante

Fecha de la firma (MM/ DD/AAAA)

	/		/				
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Cómo presentar esta solicitud

Envíe la solicitud cumplimentada y firmada y el formulario **CMS-2728** de su proveedor a la oficina local del Seguro Social por fax o por correo. Visite www.ssa.gov/locator para obtener su información de contacto.

Debe presentar comprobantes que demuestren que tiene ESRD

Tendrá que presentar comprobantes junto con su solicitud para demostrar que le han diagnosticado enfermedad renal en etapa final (ESRD). Su profesional de la salud debe llenar el formulario CMS-2728, Informe de pruebas médicas de enfermedad renal en etapa final, derecho a Medicare y/o registro del paciente. Envíe el formulario cumplimentado con su solicitud. Descargue el formulario en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS2728.pdf.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Las secciones 226A y 1872 de la Ley del Seguro Social y sus modificaciones permiten a la SSA recabar esta información. El suministro de esta información es voluntario. No obstante, el hecho de no facilitar toda o parte de la información puede impedir que se tome una decisión correcta y oportuna sobre cualquier solicitud presentada para obtener el seguro médico y/o el seguro de hospital.

Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar su elegibilidad para los beneficios. También podemos compartir la información para los siguientes fines, denominados “usos habituales”:

Con organismos federales, estatales o locales (o agentes en su nombre) para administrar programas de mantenimiento de ingresos o de mantenimiento de la salud (incluidos los programas que establece la Ley del Seguro Social). Dicha revelación incluye, entre otras cosas, la entrega de información a: Junta de Retiro Ferroviario para administrar las disposiciones de la Ley de Retiro Ferroviario relativas al empleo en el sector ferroviario; para administrar la Ley del Seguro de Desempleo Ferroviario y para administrar las disposiciones de la Ley del Seguro Social relativas al empleo ferroviario.

El Departamento de Asuntos de Veteranos para administrar el artículo 38 U.S.C. 1312 y, previa solicitud, de determinar la elegibilidad para los beneficios de los veteranos o la cuantía de los mismos o de verificar otros datos al respecto de conformidad con el artículo 38 U.S.C. 5106.

Los departamentos estatales de asistencia social para la administración de las secciones 205(c)(2)(B) (i)(II) y 402(a)(25) de la Ley del Seguro Social, que exigen información sobre los números del Seguro Social asignados a efectos del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y para determinar la elegibilidad de un beneficiario para el programa TANF.

Agencias estatales para administrar el programa Medicaid.

Con contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA) en la administración eficiente de sus programas. Divulgaremos información en virtud del uso habitual solo en situaciones en las que la SSA podría celebrar un acuerdo contractual o similar con un tercero para ayudar a cumplir una función de la agencia relacionada con este sistema de registros.

Además, podemos compartir esta información de conformidad con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando se autorice, podremos utilizar y divulgar esta información en programas de cotejo informático, en los que nuestros registros se comparan con otros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o morosas en virtud de estos programas.

Se puede consultar una lista de usos habituales adicionales en nuestro Aviso sobre el Sistema de Registros de la Ley de Privacidad (SORN) 60-0090, titulado Registro Maestro de Beneficiarios, publicado en el Registro Federal (FR) el 11 de enero de 2006, en 71 FR 1826. Encontrará más información, así como una lista completa de todos nuestros SORN, en nuestra página web en www.ssa.gov/privacy.

Los CMS mantendrán los registros recibidos durante las determinaciones de elegibilidad de la SSA en un Sistema de Registros de los CMS, la Base de Datos de Beneficiarios de Medicare (MBD), SORN 09-70-0536, según lo publicado en el Registro Federal (FR) el 14 de febrero de 2018, en 71 FR 11420. Encontrará información adicional sobre los SORN de los CMS y los usos habituales permitidos para la divulgación en nuestro sitio web de privacidad en <https://www.hhs.gov/foia/privacy/sorns/index.html>.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PRA: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0080. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 10 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, historias clínicas ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de Autorización de Informes PRA (PRA Reports Clearance Office). Tenga en cuenta que no se revisará, reenviará o conservará ningún tipo de correspondencia no relacionado con la responsabilidad de recopilación de información aprobada por el número de control OMB que consta en este formulario. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a dónde presentar sus documentos, comuníquese con la Administración del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.