



Programa de Capacitación Nacional 2016



Módulo 6

Medicare para personas con enfermedad renal en etapa final

El módulo 6 explica la cobertura de Medicare para personas con enfermedad renal en etapa final. Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado federalmente.

La información de este módulo era correcta al mes de mayo de 2016. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html).

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como un recurso informativo para nuestros socios. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios de comunicación pueden comunicarse con la Oficina de Prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hss.gov. Las guías legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, los reglamentos y las resoluciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión debería ayudarlo a:

- definir qué es la enfermedad renal en etapa final (ESRD);
- explicar las normas de elegibilidad e inscripción de Medicare;
- determinar qué cubre Medicare;
- identificar opciones de planes de salud para personas con ESRD.

Esta sesión debería ayudarlo a:

- definir qué es la enfermedad renal en etapa final (ESRD);
- explicar las normas de elegibilidad e inscripción de Medicare;
- determinar qué cubre Medicare;
- identificar opciones de planes de salud para personas con ESRD.

NOTA: De ahora en adelante, usaremos la sigla ESRD para referirnos a la enfermedad renal en etapa final.

Lección 1: Descripción general de Medicare para personas con ESRD

- Información básica sobre la ESRD
- Elegibilidad para Medicare por ESRD

La lección 1 brinda una descripción general de Medicare para personas con ESRD. Contiene información básica y la elegibilidad para Medicare por ESRD.

Información básica sobre la ESRD

- La ESRD es una insuficiencia renal permanente.
 - Enfermedad renal crónica en etapa V
 - Requiere tratamiento de diálisis regular o
 - trasplante de riñón.
- Usted puede ser elegible para recibir Medicare por ESRD.
 - La cobertura comenzó en 1973.

La ESRD se define como una insuficiencia renal permanente que requiere un tratamiento de diálisis regular o trasplante de riñón.

La enfermedad renal crónica (CKD) tiene 5 etapas. La Fundación Nacional del Riñón estableció pautas para ayudar a identificar los niveles de la enfermedad renal. Si usted tiene CKD en etapa V, puede que sea elegible para recibir Medicare por ESRD. Visite kidney.org para obtener más información sobre la CKD.

En 1972, la cobertura de Medicare se amplió para incluir a 2 nuevos grupos de individuos: determinadas personas con una incapacidad y personas con ESRD. La cobertura ampliada comenzó en 1973.

Elegibilidad para Medicare Parte A (Seguro de Hospital) por ESRD

- Requisitos de elegibilidad
 - Todas las edades
 - Sus riñones ya no funcionan
 - Debe haber trabajado durante el plazo de tiempo requerido, o
 - Está recibiendo o es elegible para obtener beneficios del Seguro Social o de la jubilación para ferroviarios o trabajadores federales o
 - es hijo elegible o
 - cónyuge elegible (incluido el matrimonio de personas del mismo sexo).

Puede obtener Medicare sin importar la edad si sus riñones ya no funcionan, si necesita diálisis regular, si ha recibido un trasplante de riñón y si una de las siguientes opciones se aplica a su situación:

- Ha trabajado la cantidad exigida de tiempo bajo el Seguro Social, la Junta de Jubilación para Ferroviarios o como empleado del gobierno.
- Está recibiendo o es elegible para obtener beneficios del Seguro Social o de la jubilación para ferroviarios.
- Es cónyuge o hijo a cargo de una persona que cumple con uno de los requisitos mencionados.
 - Puede ser elegible según el registro de ganancias de un cónyuge actual o anterior del mismo sexo si usted
 - contrajo matrimonio en un estado que permite el matrimonio de personas del mismo sexo;
 - vivía con su cónyuge al momento de la solicitud, o mientras el reclamo estaba a la espera de una decisión final en un estado que reconoce el matrimonio de personas del mismo sexo;
 - estuvo casado durante al menos 10 años (si se divorció).

También debe presentar una solicitud y cumplir con todas las fechas límites o períodos de espera que correspondan.

NOTA: Consulte el producto de CMS N.º 11392-S "Medicare para niños con enfermedad renal en etapa final" en [Medicare.gov/Pubs/pdf/11392.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11392.pdf) para obtener más información sobre niños con ESRD.

Elegibilidad para Medicare Parte B (Seguro Médico)

- Puede inscribirse en la Parte B si tiene derecho a la Parte A.
 - Usted paga la prima mensual de la Parte B.
 - Puede que deba pagar una multa si se demora en obtener la Parte B.
- Necesita tanto la Parte A como la Parte B para tener 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 trabajadores ferroviarios jubilados deben llamar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios al 1-877-772-5772.
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

Si califica para Medicare Parte A, también puede obtener Medicare Parte B (Seguro Médico). Inscribirse en la Parte B es su decisión y no es automático. Si no se inscribe en la Parte B cuando obtiene la Parte A, deberá esperar al Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año) para enviar la solicitud, y puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía. Necesitará la Parte A y la Parte B para obtener todos los beneficios de Medicare para cubrir determinados servicios de diálisis y trasplante de riñón.

Llame a la oficina local del Seguro Social para pedir una cita para inscribirse en Medicare por ESRD y para obtener más información sobre la cantidad de tiempo bajo el régimen de Seguro Social o como empleado federal que necesita para ser elegible para Medicare. Puede comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si trabaja o trabajó para el sector ferroviario, llame a la Junta de Jubilación para Ferroviarios al 1-877-772-5772. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-312-751-4701.

NOTA: Si no califica para Medicare, es posible que pueda obtener ayuda de la agencia de Medicaid de su estado para que esta pague por su tratamiento de diálisis. Su ingreso debe estar por debajo de un determinado nivel para recibir Medicaid. En algunos estados, si tiene Medicare, Medicaid puede pagar algunos gastos que Medicare no cubre. Para solicitar Medicaid, hable con el trabajador social de su hospital o centro de diálisis, o comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos o Servicios Sociales local.

Compruebe su conocimiento: Pregunta 1

¿Cuál es la edad mínima requerida para ser elegible para Medicare Parte A por ESRD?

- a. 55
- b. 65
- c. No hay edad mínima requerida.
- d. 45

Compruebe su conocimiento: Pregunta 1

¿Cuál es la edad mínima requerida para ser elegible para Medicare Parte A por ESRD?

- a. 55
- b. 65
- c. No hay edad mínima requerida.
- d. 45

RESPUESTA: c. No hay edad mínima requerida.

Puede obtener Medicare sin importar la edad si sus riñones ya no funcionan, si necesita diálisis regular, si ha recibido un trasplante de riñón y si cumple con otros requisitos de elegibilidad.

Lección 2: Inscripción en Medicare por ESRD

- Cómo inscribirse en Medicare
- Cobertura de Medicare y del plan de salud grupal
- Consideraciones sobre la inscripción
- Normas de la cobertura por ESRD
 - Cuándo empieza, continúa, se reanuda y termina

La lección 2 brinda información sobre la inscripción en Medicare por ESRD. Se explica lo siguiente:

- Cómo inscribirse en Medicare por ESRD
- Cobertura de Medicare y del plan de salud grupal
- Consideraciones sobre la inscripción
- Normas de la cobertura por ESRD
 - Cuándo empieza, continúa, vuelve a empezar y termina

Cómo inscribirse en Medicare Parte B

- La inscripción por ESRD podría eliminar la multa de la Parte B si ya ha recibido Medicare debido a su edad o a una incapacidad
 - Si no se inscribió la primera vez que era elegible.
- Si tiene Medicare por ESRD y cumple 65 años
 - Tiene cobertura continua;
 - Las personas que no se inscribieron en la Parte B, podrán inscribirse.
 - Puede decidir si quiere quedarse o no con la cobertura.
- Si estaba pagando una prima más costosa de la Parte B por inscripción tardía, se eliminará la multa cuando cumpla 65 años.

Si ya está inscrito en Medicare por edad o incapacidad y está pagando una prima más elevada de la Parte B porque no se inscribió en la Parte B la primera vez que era elegible, ya no tendrá que pagar la multa cuando tenga derecho a Medicare por ESRD. De todas formas, tendrá que seguir pagando la prima de la Parte B. Llame a la oficina local del Seguro Social para pedir una cita para inscribirse en Medicare por ESRD.

Si recibe beneficios de Medicare por ESRD cuando cumpla 65 años, tiene cobertura continua sin interrupción. Si no tenía la Parte B antes de los 65 años, sera inscrito automáticamente en la Parte B cuando cumpla 65, aunque puede decidir si quiere conservarla o no. Si estaba pagando una prima más costosa de la Parte B por inscripción tardía, se eliminará la multa cuando cumpla 65 años.

Demoras en la inscripción en Medicare Parte B

- Si se inscribe en la Parte A y se demora en inscribirse en la Parte B
 - Debe esperar al Período de Inscripción General.
 - Del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, con cobertura vigente a partir del 1 de julio del mismo año
 - Es posible que tenga que pagar una prima más costosa mientras tenga la Parte B.
 - 10 % por cada 12 meses que haya pasado como elegible, pero que no se haya inscripto
- No hay Período de Inscripción Especial para aquellos con ESRD.

Si se inscribe en la Parte A y espera para inscribirse en la Parte B, puede haber una brecha en la cobertura, ya que la mayoría de los gastos efectuados por ESRD están cubiertos por la Parte B en lugar de por la Parte A. Podrá inscribirse en la Parte B sólo durante el Período de Inscripción General, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, con la cobertura de la Parte B vigente a partir del 1 de julio de ese año.

Además, puede que la prima de la Parte B sea más costosa. Esta multa por inscripción tardía es del 10 % por cada 12 meses que haya sido elegible, pero que no se haya inscrito.

No hay Período de Inscripción Especial para la Parte B si padece ESRD. Esto incluye a las personas que tienen derecho tanto a Medicare por ESRD como a Medicare por edad o incapacidad.

Cómo inscribirse en la Parte A y la Parte B

- Inscríbase en la oficina local del Seguro Social.
- Pídale a su médico/centro de diálisis que complete el formulario CMS-2728.
 - Si el Seguro Social obtiene el formulario antes de que usted se inscriba, puede que lo llamen para preguntarle si quiere inscribirse.
- Si tiene un plan de salud grupal, puede que desee demorar la inscripción
 - Cerca del final del período de coordinación de 30 meses
 - No tendrá que pagar la prima de la Parte B hasta que la necesite.
- Infórmese antes de demorar la inscripción
 - Especialmente si planea someterse a un trasplante.

Puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B por ESRD en la oficina local del Seguro Social. El Seguro Social necesitará que su médico o el centro de diálisis complete el formulario CMS-2728 para constatar que usted padece ESRD y puede obtener Medicare. Si se envía el formulario CMS-2728 al Seguro Social antes de que usted envíe la solicitud, pueden llamarlo de la oficina para preguntarle si desea completar la solicitud.

En general, Medicare es el pagador secundario de los beneficios durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare (conocido como el período de coordinación de 30 meses) de las personas con ESRD que tienen la cobertura del plan de salud grupal (GHP) de un empleador o sindicato. Si la cobertura del GHP paga la mayoría de los costos de atención médica (por ejemplo, si no tiene un deducible anual), puede que desee demorar la inscripción en la Parte A y la Parte B hasta más cerca del 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 aún no necesita. Después del período de coordinación de 30 meses, deberá inscribirse en la Parte A y la Parte B.

Si pronto recibirá un trasplante de riñón, infórmese sobre la elegibilidad y la inscripción antes de decidir demorar la inscripción, ya que los períodos de elegibilidad y de inscripción son más cortos para los receptores de trasplantes (consulte las diapositivas 14-16).

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

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

- Si la inscripción es solo por ESRD
 - la cobertura de su GHP/empleador es la única forma de pago durante los primeros 3 meses de tratamiento de diálisis.
- Medicare es el pagador secundario durante el período de coordinación de 30 meses.
 - Comienza la primera vez que es elegible para Medicare, incluso si no se inscribió.
- Período de coordinación separado cada vez que se inscribe por ESRD
 - Sin período de espera de 3 meses
 - Nuevo período de coordinación de 30 meses si tiene cobertura de un GHP

Si es elegible para Medicare porque recibe un tratamiento de diálisis regular, tendrá derecho a Medicare normalmente a partir del cuarto mes de un tratamiento de diálisis regular. Por tanto, en general Medicare no pagará nada durante los primeros 3 meses de un tratamiento de diálisis regular, a menos que ya tenga Medicare por su edad o por una incapacidad. Si cuenta con cobertura de un plan de salud grupal (GHP), este plan es generalmente el único pagador durante los primeros 3 meses de un tratamiento de diálisis regular.

Una vez que tenga cobertura de Medicare por ESRD:

- Hay un período durante el que el GHP será el pagador principal de sus facturas de atención médica, y Medicare el secundario. Este período se denomina período de coordinación de 30 meses. Sin embargo, algunos planes de Medicare patrocinados por empleadores serán los pagadores principales. Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan para obtener más información.
- Hay un período de coordinación de 30 meses separado cada vez que se inscribe en Medicare por ESRD. Por ejemplo, si recibe un trasplante de riñón que funciona durante 36 meses, su cobertura de Medicare terminará. Si luego de 36 meses se vuelve a inscribir en Medicare porque comienza con diálisis o recibe otro trasplante, su cobertura de Medicare empezará de nuevo inmediatamente. No habrá 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 de un GHP.

Consideraciones sobre la inscripción: Período de coordinación de 30 meses

- Puede que quiera contar con Medicare durante el período de coordinación
 - para pagar el deducible/coseguro del plan de salud grupal;
 - si recibirá un trasplante pronto.
 - Afecta a la cobertura de medicamentos inmunosupresores.
 - Cobertura para el donante vivo
- Demorar la inscripción en la Parte B o D podría implicar
 - esperar al período de inscripción correspondiente para inscribirse;
 - posible multa por inscripción tardía.

El período de coordinación de 30 meses empieza el primer mes en que puede obtener Medicare, incluso si aún no se registró.

Ejemplo: Empieza con diálisis en junio. El período de coordinación de 30 meses generalmente empieza el 1 de septiembre (el cuarto mes de diálisis, incluso si no tiene Medicare). Dígales a sus proveedores si tiene cobertura de un plan de salud grupal del empleador (EGHP) durante este período para que sus servicios se facturen correctamente. Luego del período de coordinación de 30 meses, Medicare es el pagador principal de todos los servicios cubiertos por Medicare. Su EGHP puede pagar los servicios que no cubre Medicare. Si tiene cobertura de un EGHP, puede que desee demorar la solicitud de Medicare. Estos son algunos aspectos a considerar:

- Si su EGHP paga todos sus costos de atención médica sin deducibles ni coseguro, puede que desee demorar la inscripción en Medicare hasta poco antes de que termine el período de coordinación de 30 meses para evitar un corte en la cobertura. Muchos EGHP cortan la cobertura primaria después del mes 30. Si su EGHP le exige pagar un deducible o coseguro, inscribirse en Medicare Parte A y Parte B podría cubrir esos costos.
- Si se inscribe en la Parte A, y demora la inscripción en la Parte B, no tendrá que pagar la prima de la Parte B durante este período. Sin embargo, tendrá que esperar al próximo Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo) para inscribirse (con cobertura vigente a partir del 1 de julio) y puede que deba pagar una prima más costosa.
- Si se inscribe en la Parte A y demora la inscripción en la Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare), no tendrá que pagar la prima de la Parte D durante este período. Puede que tenga que esperar al próximo Período de Inscripción Abierta para inscribirse (del 15 de octubre al 7 de diciembre, con cobertura vigente a partir del 1 de enero) y es posible que deba pagar una prima más costosa sin cobertura de medicamentos acreditables (es decir, una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

Consideraciones sobre la inscripción: Medicamentos inmunosupresores

Si usted	Sus medicamentos inmunosupresores
Tiene derecho a la Parte A al momento del trasplante y <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare pagó el trasplante y este se realizó en un centro aprobado por Medicare, o ▪ Medicare era el pagador secundario pero no hizo ningún pago. 	Están cubiertos por la Parte B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare paga el 80 %. ▪ Usted paga el 20 %. • Los costos de coseguro no se contabilizan como parte de la cobertura para catástrofes de la Parte D.
No cumplió con las condiciones del trasplante mencionadas.	Pueden estar cubiertos por la Parte D (a menos que estén cubiertos por la Parte B, si la tuviera). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los costos varían según el plan. ▪ Ayuda a cubrir los medicamentos para otras afecciones.

El tratamiento con medicamentos inmunosupresores sólo está cubierto por Medicare Parte B si usted tenía derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón, siempre y cuando

- el trasplante se haya realizado en un centro aprobado por Medicare;
- Medicare haya pagado el trasplante, o
- Medicare no haya pagado pero haya sido el pagador secundario.

El derecho a Medicare termina 36 meses luego de un trasplante de riñón exitoso si la ESRD es la única razón por la que tuvo derecho a Medicare, es decir, si la persona no tiene 65 años y no recibe beneficios por incapacidad del Seguro Social. Inscribirse en la Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare) no modifica a este período.

Si la Parte B cubre estos medicamentos y usted tiene un plan de la Parte D, los costos de coseguro de la Parte B no se contabilizan como parte de la cobertura para catástrofes de la Parte D (gastos de su propio bolsillo reales).

Las personas que no reúnen los requisitos para obtener la cobertura de medicamentos inmunosupresores de la Parte B pueden obtenerla inscribiéndose en la Parte D. Sin embargo, la Parte D no cubrirá los medicamentos inmunosupresores que están cubiertos por la Parte B, si la tuviera. La Parte D podría ayudar a pagar medicamentos para pacientes ambulatorios necesarios para tratar otras afecciones médicas, como hipertensión, glucemia no controlada o colesterol alto.

Cuándo empieza la cobertura de Medicare por ESRD

Su cobertura empieza	En las siguientes circunstancias
El 1. ^{er} día del 4. ^{to} mes	Usted recibe un tratamiento de diálisis regular en un centro.
El 1. ^{er} día del mes del 1. ^{er} mes de diálisis	Usted participa en un programa de capacitación sobre diálisis en el hogar durante los primeros 3 meses de su tratamiento de diálisis regular (con expectativa de finalización).
El 1. ^{er} día del mes	Recibe un trasplante de riñón.
El 1. ^{er} día del mes	Es ingresado a un centro de trasplante aprobado por Medicare para someterse a un trasplante de riñón o a procedimientos previos a un trasplante de riñón si este se realiza el mismo mes o dentro de los 2 próximos meses.
2 meses antes del mes del trasplante	El trasplante se demora más de 2 meses luego de haber sido ingresado al hospital para recibir el trasplante o servicios de atención médica necesarios para el trasplante.

La cobertura de Medicare normalmente empieza el primer día del cuarto mes de un tratamiento de diálisis regular. Este período inicial de 3 meses se denomina período de calificación.

La cobertura puede empezar el primer mes de un tratamiento de diálisis regular si reúne todos estos requisitos:

- Participa en un programa de capacitación sobre diálisis en el hogar ofrecido por un centro de capacitación aprobado por Medicare durante los primeros 3 meses del tratamiento de diálisis regular.
- Su médico espera que usted termine la capacitación y pueda administrarse el tratamiento de diálisis.

La cobertura de Medicare empieza el mes en que recibe el trasplante de riñón o el mes en que es ingresado a un hospital aprobado para someterse a un trasplante o a procedimientos previos al trasplante, siempre y cuando el trasplante se realice ese mes o dentro de los 2 próximos meses.

La cobertura de Medicare puede empezar 2 meses antes del mes del trasplante si este se demora más de 2 meses luego de haber sido ingresado al hospital para recibir el trasplante o servicios de atención médica necesarios antes del trasplante.

NOTA: Si se inscribe en Medicare por ESRD y está recibiendo diálisis, la cobertura de Medicare normalmente empieza el primer día del cuarto mes del tratamiento de diálisis. Este período de espera comenzará aunque no se haya registrado en Medicare. Por ejemplo, si no se registra hasta luego de haber reunido todos los requisitos, su cobertura puede empezar hasta 12 meses antes del mes en que envió la solicitud.

Cuándo termina, continúa o vuelve a empezar la cobertura por ESRD

Cuándo termina la cobertura	Cuándo continúa la cobertura	Cuándo vuelve a empezar la cobertura
<p>Derecho a cobertura solo por ESRD</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura termina 12 meses luego del mes a partir del que ya no necesita un tratamiento de diálisis regular, o • 36 meses luego del mes del trasplante de riñón. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay interrupción en la cobertura si vuelve a empezar un tratamiento de diálisis regular dentro de los 12 meses luego de haber suspendido la diálisis regular, o • recibe un trasplante de riñón, o • el tratamiento de diálisis regular empieza dentro de los 36 meses luego del trasplante o recibió otro trasplante de riñón dentro de los 36 meses luego del trasplante. 	<p>Debe completar una nueva solicitud y no hay período de espera si</p> <ul style="list-style-type: none"> • vuelve a empezar un tratamiento de diálisis regular o recibe un trasplante de riñón más de 12 meses después de haber suspendido el tratamiento de diálisis regular; • se somete a otro trasplante de riñón > 36 meses después.

Si es elegible para la cobertura de Medicare solo por ESRD, su cobertura de Medicare terminará

- 12 meses después del mes en que suspendió el tratamiento de diálisis, O
- 36 meses luego del mes en que recibió el trasplante de riñón.

La cobertura de Medicare *continuará* sin interrupción si

- Comienza un tratamiento de diálisis regular o recibe un trasplante de riñón en un plazo de 12 meses después de haber suspendido el tratamiento de diálisis regular, O
- si empieza un tratamiento de diálisis regular o recibe otro trasplante de riñón antes de que termine el período de 36 meses posterior al trasplante.

La cobertura de Medicare *volverá a empezar* sin período de espera si

- vuelve a empezar un tratamiento de diálisis regular o recibe un trasplante de riñón más de 12 meses después de haber suspendido el tratamiento de diálisis regular, O
- si empieza un tratamiento de diálisis regular o recibe otro trasplante de riñón más de 36 meses después del mes del 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).

Compruebe su conocimiento: Pregunta 2

Para aquellos con Medicare por ESRD y un plan de salud grupal (GHP), ¿el GHP deberá ser el pagador principal durante cuántos meses?

- a. 20
- b. 30
- c. 36
- d. 60

Compruebe su conocimiento: Pregunta 2

Para aquellos con Medicare por ESRD y un plan de salud grupal (GHP), ¿el GHP debe ser el pagador principal durante cuántos meses?

- a. 20
- b. 30
- c. 36
- d. 60

Respuesta: b. 30 meses

En general, Medicare es el pagador secundario de los beneficios durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare (conocido como el período de coordinación de 30 meses) de las personas con ESRD que tienen cobertura del GHP de un empleador o sindicato.

Compruebe su conocimiento: Pregunta 3

Si recibe tratamiento de diálisis regular en un centro aprobado por Medicare, ¿cuándo empezará la cobertura de Medicare por ESRD?

- a. El primer día del mes siguiente
- b. El primer día del cuarto mes de diálisis
- c. 60 días luego de haber comenzado el tratamiento de diálisis
- d. 30 días luego de haber comenzado el tratamiento de diálisis

Compruebe su conocimiento: Pregunta 3

Si recibe tratamiento de diálisis regular en un centro aprobado por Medicare, ¿cuándo empezará la cobertura de Medicare por ESRD?

- a. El primer día del mes siguiente
- b. El primer día del cuarto mes de diálisis
- c. 60 días luego de haber comenzado el tratamiento de diálisis
- d. 30 días luego de haber comenzado el tratamiento de diálisis

RESPUESTA: b. El primer día del cuarto mes de diálisis

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

Lección 3: Qué cubre Medicare

- La cobertura de Medicare en relación con la ESRD incluye
 - Servicios de diálisis
 - Capacitación sobre diálisis en el hogar
 - Cobertura de trasplante

La lección 3 brinda información sobre los siguientes servicios cubiertos por Medicare para personas con ESRD:

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

Qué cubre Medicare para las personas con ESRD

- Todos los servicios cubiertos por Medicare Original
 - Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
 - Medicare Parte B (Seguro Médico)
- Servicios especiales relacionados con la ESRD (pacientes en diálisis y de trasplantes)
 - Medicamentos inmunosupresores
 - En determinadas condiciones
 - Otros servicios especiales

Como persona con derecho a Medicare por ESRD, usted puede recibir todos los servicios de Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Medicare Parte B (Seguro Médico) que cubre Medicare Original. También puede elegir la misma cobertura de medicamentos recetados (Parte D) como cualquier otra persona con Medicare.

Además, hay servicios especiales para las personas con ESRD. Estos incluyen cobertura de medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes, siempre y cuando se reúnan determinados requisitos (mencionados arriba) y otros servicios para pacientes en diálisis o de trasplantes.

Visite [Medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html](https://www.medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html) para obtener más información sobre suministros y servicios cubiertos.

Servicios de diálisis cubiertos

- Cubiertos por la Parte A
 - Tratamiento de diálisis para pacientes internados
- Cubiertos por la Parte B
 - Tratamiento de diálisis y atención de médicos para pacientes ambulatorios
 - Capacitación sobre diálisis en el hogar
 - Equipo y suministros para diálisis en el hogar
 - Algunos servicios de asistencia y medicamentos para diálisis en el hogar
 - Tratamiento médico de nutrición

Si tiene Medicare por ESRD, puede recibir los siguientes servicios y tratamientos cubiertos:

- Parte A: Tratamiento de diálisis para pacientes internados
- Parte B
 - Tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios (si recibe el tratamiento en un centro de diálisis aprobado por Medicare) y atención de médicos para pacientes ambulatorios
 - Capacitación sobre diálisis en el hogar
 - Equipo y suministros para diálisis en el hogar
 - Determinados servicios de asistencia en el hogar (pueden incluir visitas de técnicos capacitados para ayudarlo durante una emergencia y controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua)
 - Determinados medicamentos para diálisis en el hogar
 - Tratamientos médicos de nutrición y algunos servicios relacionados, si se realiza diálisis en un centro de diálisis

Diálisis en el hogar

- Hay dos tipos de diálisis que pueden realizarse en el hogar
 - Hemodiálisis
 - Diálisis peritoneal
- Medicamentos más comunes que cubre Medicare
 - Heparina para retrasar la coagulación de la sangre
 - Medicamento para ayudar a coagular la sangre cuando sea necesario
 - Anestésicos tópicos
 - Epoetina alfa para tratar la anemia

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

1. Para la hemodiálisis, se usa un filtro especial (llamado dializador) para limpiar la sangre. El filtro está conectado a una máquina. Durante el tratamiento, la sangre pasa por los tubos y por el filtro para limpiar residuos y fluidos extras. Luego, la sangre recientemente depurada pasa por otro juego de tubos y vuelve a introducirse al cuerpo.
2. Para la peritoneal, se usa una solución especial (llamada dializado) que pasa por un tubo y se introduce en el abdomen. Luego de unas horas, el dializado capta los residuos de la sangre y puede drenarse del abdomen. Después de haber drenado el dializado usado, se introduce dializado nuevo en el abdomen y el proceso de limpieza vuelve a empezar.

Algunos de los medicamentos más comunes que cubre Medicare a través del Sistema de Pagos Prospectivos (PPS) para ESRD son: heparina, que retrasa la coagulación de la sangre; un medicamento que ayuda a coagular la sangre cuando sea necesario; anestésicos tópicos y epoetina alfa para tratar la anemia.

NOTA: Para los servicios de diálisis recibidos el 1 de enero de 2014 o después, todos los centros de ESRD reciben el pago del 100 % por medio del PPS para ESRD y ya no se realizan pagos mixtos. Todos los medicamentos inyectables y productos biológicos relacionados con la ESRD y los equivalentes orales de esos medicamentos inyectables y productos biológicos, están incluidos en el PPS para ESRD.

Capacitación sobre diálisis en el hogar

- Capacitación sobre diálisis en el hogar
 - Aprobación del médico para realizar diálisis en el hogar
 - Se realiza en un centro certificado por Medicare durante la diálisis.
 - Equipo y suministros para diálisis en el hogar
 - Máquina de diálisis y silla
 - Paños estériles, guantes y tijeras
 - Toallitas humedecidas con alcohol
 - Si completa la capacitación sobre diálisis en el hogar, la cobertura de Medicare empezará el mes en que comience con la diálisis regular.
 - Podrían cubrirse servicios como creación de fistula.

Puede calificar para hacer la capacitación sobre diálisis en el hogar si cree que podría servirle aprender a realizarse diálisis en su hogar, y si su médico lo aprueba. Las sesiones de capacitación se dictarán el mismo momento en que reciba tratamiento de diálisis. La capacitación debe estar a cargo de un centro de diálisis certificado por Medicare para brindar capacitación sobre diálisis en el hogar. Generalmente lleva 3 a 8 semanas preparar al paciente para diálisis en el hogar. Pueden estar cubiertos determinados servicios de asistencia en el hogar, como visitas de técnicos capacitados para ayudarlo durante una emergencia y controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua.

Medicare también puede cubrir determinados equipos y suministros para diálisis en el hogar, como paños humedecidos con alcohol, la máquina de diálisis y la silla, paños estériles, guantes de goma y tijeras, siempre y cuando necesite realizarse diálisis en el hogar.

La cobertura de Medicare puede empezar el primer mes de diálisis, si reúne todos los requisitos a continuación:

- Participa de un programa de capacitación sobre diálisis en el hogar ofrecido por un centro de capacitación aprobado por Medicare para enseñarle a administrarse el tratamiento de diálisis en el hogar.
- Su médico espera que usted termine la capacitación y sea capaz de administrarse el tratamiento de diálisis.

Importante: Medicare no cubrirá procedimientos quirúrgicos ni otros servicios necesarios para preparar al paciente para diálisis (como el procedimiento quirúrgico para crear un acceso a la sangre [fistula]) antes de que empiece la cobertura de Medicare. Sin embargo, si completa la capacitación sobre diálisis en el hogar, la cobertura de Medicare empezará el mes en que comience con la diálisis regular, y estos servicios podrían estar cubiertos.

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

- Asistentes pagos para diálisis
- Salarios perdidos
- Alojamiento durante el tratamiento
- Sangre para diálisis en el hogar (algunas excepciones)
- Medicamentos no relacionados con el tratamiento

También es importante saber qué es lo que Medicare no cubre. Lo siguiente **no** está cubierto por Medicare:

- Asistentes pagos para diálisis para ayudar con la diálisis en el hogar
- Todo ingreso perdido suyo o de la persona que lo ayuda durante la capacitación sobre diálisis en el hogar
- Alojamiento durante el tratamiento
- Sangre o glóbulos rojos concentrados utilizados para diálisis en el hogar, a menos que sean parte de la atención del médico o que se necesiten para preparar el equipo de diálisis
- Medicamentos no relacionados con el tratamiento

Transporte en ambulancia

- Está cubierto por Medicare en algunos casos.
- Se necesita una orden por escrito de su médico
 - para servicios de ambulancia programados y repetitivos que no sean de emergencia.
 - Deben ser necesarios por razones médicas.
 - Debe estar fechada dentro de los 60 días posteriores a ese servicio.
 - Si tiene un Plan Medicare Advantage (MA), este puede cubrir algunos transportes que no sean en ambulancia a los centros de diálisis o visitas médicas.

En algunos casos, Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si usted padece ESRD. Hay varios factores que contribuyen a determinar si el 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 tener una orden por escrito de su médico para poder brindarle el servicio. La orden por escrito del médico debe certificar que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas y debe estar fechada después de 60 días antes de recibir el servicio de ambulancia.

Si tiene un Plan Medicare Advantage (MA) (como el plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO] o de una Organización de Proveedores Preferidos [PPO]), el plan podría cubrir parte del transporte que no sea en ambulancia a centros de diálisis y visitas médicas. Lea los materiales del plan o llame al plan para obtener más información.

Para obtener más información sobre cobertura de servicios de ambulancia, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para leer o imprimir el folleto "Cobertura de 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.

Cobertura de la Parte A para pacientes de trasplantes

- Servicios hospitalarios para pacientes internados
 - Deben brindarse en un centro de trasplante aprobado por Medicare.
- Trasplante (donante vivo o cadavérico)
 - Toda la atención necesaria por razones médicas en relación con una donación para un donante vivo
 - Preparación para el trasplante
- Tarifa de registro de la Red de Obtención y Trasplante de Órganos
- Pruebas de laboratorio

Hay servicios cubiertos por Medicare para pacientes de trasplantes. Si bien Medicare cubre internaciones necesarias por razones médicas para pacientes con ESRD, los que se someten a trasplante de riñón tienen una cobertura especial, siempre y cuando el trasplante se realice en un hospital aprobado por Medicare para hacer trasplantes de riñón.

Medicare Parte A cubre lo siguiente:

- Servicios hospitalarios para pacientes internados para trasplante de riñón o preparación para trasplante (siempre y cuando el hospital sea un centro de trasplante aprobado por Medicare)
- Medicare cubre tanto a donantes vivos como cadavéricos. Está cubierta toda la atención necesaria en relación con una donación para un donante vivo en el hospital, así como la atención necesaria en caso de complicaciones.
- También cubre la tarifa de registro de la Red de Obtención y Trasplante de Órganos, que se ocupa de brindar trasplantes de donantes vivos para personas con insuficiencia renal.
- Pruebas de laboratorio (para usted y el posible donante)

Cobertura de la Parte B para pacientes de trasplantes

- Servicios del cirujano para pacientes y donantes
 - Sin deducible para el donante
- Tratamiento con medicamentos inmunosupresores
 - Luego del trasplante en determinadas condiciones

La cobertura de Medicare Parte B para pacientes de trasplantes incluye lo siguiente:

- Servicios del cirujano que realiza el trasplante tanto para el paciente como para el donante. El donante no tiene que pagar un deducible.
- Tratamiento con medicamentos inmunosupresores luego de un trasplante de riñón, en determinadas condiciones.

Compruebe su conocimiento: Pregunta 4

¿Qué servicio está cubierto por Medicare Parte B?

- a. Alojamiento durante la diálisis
- b. Salarios perdidos
- c. Servicios del cirujano que realiza el trasplante tanto para el paciente como para el donante
- d. Un asistente de salud domiciliario para hacerle compañía al paciente

Compruebe su conocimiento: Pregunta 4

¿Qué servicio está cubierto por Medicare Parte B?

- a. Alojamiento durante la diálisis
- b. Salarios perdidos
- c. Servicios del cirujano que realiza el trasplante tanto para el paciente como para el donante
- d. Un asistente de salud domiciliario para hacerle compañía al paciente

RESPUESTA: c. Servicios del cirujano que realiza el trasplante tanto para el paciente como para el donante

La cobertura de Medicare Parte B para pacientes de trasplantes incluye los servicios del cirujano que realiza el trasplante tanto para el paciente como para el donante. El donante no tiene que pagar un deducible.

Lección 4: Opciones de cobertura para personas con ESRD

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Planes Medicare Advantage
 - Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
- Medicare, el Mercado de Seguros Médicos y la ESRD

La lección 4 explica las siguientes opciones de cobertura para personas con ESRD:

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
- Planes Medicare Advantage, incluidos los Planes de Necesidades Especiales
- Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
- Medicare, el Mercado de Seguros Médicos y la ESRD

ESRD y las pólizas Medigap

- Pólizas Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare)
 - Ayudan a salvar las "brechas" en la cobertura de Medicare Original.
- Es posible que las personas con ESRD no puedan comprar Medigap.
- Algunos estados exigen a las compañías de seguros vender pólizas a personas menores de 65 años.
- Si estuvieran disponibles, podrían ser más costosas.
- Nuevo Período de Inscripción Abierta a Medigap
 - A los 65 años

Una póliza Medigap (Asegurador Suplementario de Medicare) es un seguro médico que venden las compañías de seguros privadas para ayudar a completar la “falta de cobertura” (como deducibles y coseguros) en la cobertura de Medicare Original. La ley federal no exige a las compañías de seguros vender pólizas Medigap a personas menores de 65 años; sin embargo, los siguientes estados sí exigen a las compañías de seguros Medigap vender pólizas 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 Mexico, 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 está disponible para personas menores 65 años solo si tienen ESRD.

Aunque su estado no aparezca en la lista anterior, debe saber lo siguiente:

- Algunas compañías de seguros pueden vender voluntariamente pólizas Medigap a personas menores de 65 años.
- Algunos estados exigen que se brinde el mejor precio disponible a las personas menores de 65 años que compran una póliza Medigap.
- En general, las pólizas Medigap que se venden a menores de 65 años son más costosas que las que se venden a mayores de 65 años.

Si vive en un estado que tiene un Período de Inscripción Abierta a Medigap para personas menores de 65 años (aun así todos tienen otro Período de Inscripción Abierta a Medigap cuando cumplen 65), podrá comprar **cualquier** póliza Medigap a la venta en su estado, si estuviera 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 reglamentario, creada y dirigida por los principales entes reguladores de seguros de los 50 estados, el Distrito de Columbia y los cinco territorios de EE. UU.

ESRD y los Planes Medicare Advantage (MA)

- Medicare Original es normalmente la única opción si padece ESRD.
- Posibles excepciones
 - Ha recibido un trasplante de riñón exitoso.
 - El plan de salud grupal de su empleador está en la misma organización que el Plan MA.
 - No deben producirse cortes en la cobertura.
 - Un Plan de Necesidades Especiales para personas con ESRD

En general, los planes Medicare Advantage (MA) **no** están disponibles para las personas con ESRD. Para la mayoría de las personas con ESRD, Medicare Original es normalmente la única opción.

Es posible que pueda unirse a un Plan MA si ya recibe beneficios de salud (por ejemplo, a través del plan de salud grupal del empleador [EGHP]) por medio de la misma organización que ofrece el Plan MA. Mientras esté en el Plan MA, este será el proveedor principal de la cobertura de su atención médica. Debe usar la tarjeta de identificación del Plan MA en lugar de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando vea a su médico o reciba otro tipo de servicio de atención médica. En la mayoría de los Planes MA, normalmente recibe toda la atención médica cubierta por Medicare por medio del plan, y puede que el plan brinde más beneficios. Puede que tenga que consultar a médicos que pertenezcan al plan o ir a determinados hospitales para recibir los servicios. Tendrá que pagar otros costos (como copagos o coseguro) por los servicios que reciba.

- Los Planes MA incluyen
 - Planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud
 - Planes de una Organización de Proveedores Preferidos
 - Planes privados de Pago por Servicio
 - Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare
 - Planes de Necesidades Especiales (Es posible que pueda unirse a un Plan de Necesidades Especiales de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones, que abarcaremos en las próximas diapositivas).

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

- Si ya está en un Plan MA y desarrolla una ESRD, puede:
 - quedarse en el plan;
 - unirse a otro plan de la misma compañía en el mismo estado;
 - unirse a otro plan si el plan ya no será ofrecido a través de Medicare.

Existen otras situaciones en que una persona 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 que ofrezca la misma compañía en el mismo estado.
- Si ha recibido un trasplante de riñón exitoso, es posible que pueda unirse a un Plan MA.
- También puede unirse a un Plan MA si está en un plan de salud que no es de Medicare y luego pasa a ser elegible para Medicare por ESRD. Puede unirse a un Plan MA que ofrezca la misma organización que le brindó el plan de salud que no era de Medicare. No debe haber faltas de cobertura entre el plan fuera de Medicare y el Plan MA.
- Si su plan abandona Medicare o deja de brindar cobertura en su área, puede unirse a otro Plan MA que esté disponible en su área y acepte nuevos miembros.
- Los Planes MA pueden decidir aceptar afiliados con ESRD que se inscriban en un Plan MA por medio de un empleador o sindicato en determinadas circunstancias limitadas.

Si padece ESRD y decide abandonar su Plan MA, su única opción será Medicare Original.

Planes de Necesidades Especiales (SNP)

- Limitan la membresía a determinados grupos de personas.
- Algunos SNP brindan servicios a las personas con ESRD al ofrecer beneficios como
 - Experiencia especial de proveedores
 - Gestión de atención médica concentrada
- Deben ofrecer cobertura de medicamentos recetados.
- Disponibles en áreas limitadas
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan/](https://www.Medicare.gov/find-a-plan/) para ver si hay un SNP para ESRD disponible en su área.

Los Planes de Necesidades Especiales (SNP) limitan la totalidad o la mayor parte de su membresía a personas en determinadas instituciones (como asilos de ancianos) o a personas elegibles para Medicare y Medicaid o con determinadas afecciones crónicas o incapacitantes.

Algunos SNP de Medicare Advantage pueden aceptar a personas con ESRD. Estos planes deben brindar todos los servicios y la atención médica de la Parte A y la Parte B. También deben brindar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Estos planes pueden estar diseñados específicamente para personas con ESRD o pueden solicitar una exención para aceptar pacientes con ESRD. Los SNP están disponibles en áreas limitadas, y solo unos pocos brindan servicios a personas con ESRD.

El SNP debe estar diseñado para brindar servicios y atención médica de Medicare a las personas que puedan obtener el mayor beneficio de factores como experiencia especial de proveedores del plan y gestión de atención médica concentrada. Los SNP también deben brindar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Por ejemplo, un SNP para personas con diabetes podría brindar otros proveedores con experiencia en la atención de afecciones relacionadas con la diabetes, orientación o educación especial enfocada, o programas de nutrición y actividad física diseñados para controlar la afección. Los SNP para personas con Medicare y Medicaid podrían ayudar a los miembros a acceder a recursos de la comunidad y coordinar muchos de los servicios de Medicare y Medicaid que reciben.

Para conocer si hay un SNP de Medicare para personas con ESRD disponible en su área

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) (haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos").
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

ESRD y la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

- Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)
 - Disponible para todas las personas con Medicare
 - Cubre los medicamentos que no cubre la Parte B.
 - Debe inscribirse en un plan para tener cobertura.
 - Usted paga una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados.
 - Ayuda Adicional disponible para personas con ingresos y recursos limitados.

La Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D) está disponible para todas las personas con Medicare, incluidas aquellas con derecho por ESRD o incapacidad.

Si bien muchos medicamentos (como los medicamentos inmunosupresores necesarios para después de un trasplante de riñón) están cubiertos por la Parte B, otros no están cubiertos por la Parte B (por ejemplo, los medicamentos necesarios para tratar afecciones relacionadas, como hipertensión). Por ello, los pacientes con ESRD deberían considerar inscribirse en un plan de la Parte D.

Todas las personas que tengan Medicare son elegibles para unirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare para reducir el costo de los medicamentos recetados y protegerse de un aumento futuro en los costos. Los niños que tienen Medicare por ESRD también pueden inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare.

Debe inscribirse en un plan para tener la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Cuando se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, usted paga una prima mensual y una parte del costo de sus medicamentos recetados (copago o coseguro).

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden recibir ayuda adicional para pagar los costos del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicare y el Mercado de Seguros Médicos

- Medicare no es parte del Mercado.
- Si tiene Medicare Parte A, está cubierto y no debe hacer nada en relación con el Mercado.
 - La Parte A se considera la cobertura mínima esencial.
- Es ilegal que alguien que sepa que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado, incluso si usted sólo tiene la Parte A o la Parte B.

Medicare no es parte del Mercado.

Si tiene Medicare Parte A, está cubierto y no debe hacer nada en relación con el Mercado.

La Parte A se considera la cobertura mínima esencial.

Es ilegal que alguien que sepa que usted tiene Medicare le venda un plan del Mercado, incluso si usted sólo tiene la Parte A **o** la Parte B. Consulte la próxima diapositiva para conocer las excepciones.

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

ESRD y los fondos estatales para grupos de alto riesgo

- Excepción para las personas con Medicare y ESRD
 - En situaciones limitadas, los emisores pueden vender pólizas de seguro médico del mercado individual a personas con Medicare menores de 65 años que obtuvieron cobertura suplementaria mediante un fondo estatal para grupos de alto riesgo, pero que perdieron dicha cobertura.
 - Dentro y fuera del Mercado de Seguros Médicos
 - El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) no aplica ninguna disposición antiduplicación.
- Visite CMS.com para conocer el memo relacionado con las políticas del Mercado y las personas del fondo para grupos de alto riesgo.

Una pequeña parte de la población que tiene Medicare y es menor de 65 años goza actualmente de cobertura suplementaria a través de un fondo estatal para grupos de alto riesgo (aproximadamente 6,000 personas en todo el país). Estas personas tienen una incapacidad o padecen ESRD. A diferencia de las personas mayores de 65 años que tienen Medicare, estos beneficiarios no tienen derecho federal garantizado a comprar un seguro suplementario de Medicare, y han obtenido cobertura mediante el fondo para grupos de alto riesgo de su estado, que paga el gasto compartido bajo Medicare Original.

Las personas que recibían un seguro a través de un fondo estatal para grupos de alto riesgo generalmente serán elegibles para comprar un seguro 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 de Seguridad Social (la Ley) desde el 10 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2015, si determinados beneficiarios de Medicare menores de 65 años pierden la cobertura de un fondo estatal para grupos de alto riesgo.

NOTA: Se publicó un memo de políticas sobre "La venta de pólizas del Mercado individual a beneficiarios de Medicare menores de 65 años que perdieron su cobertura por el cierre de los fondos para grupos de alto riesgo".

El folleto explica cuándo los emisores pueden vender pólizas de seguro médico del mercado individual a determinadas personas con Medicare menores de 65 años que hayan perdido la cobertura de un fondo estatal 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.

Compruebe su conocimiento: Pregunta 5

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

- a. Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
- b. Planes Medicare Advantage (MA)
- c. Medicare Parte A y Parte B
- d. Cobertura de empleador

Compruebe su conocimiento: Pregunta 5

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

- a. Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
- b. Planes Medicare Advantage (MA)
- c. Medicare Parte A y Parte B
- d. Cobertura de empleador

RESPUESTA: b. Planes Medicare Advantage (MA)

Los Planes MA, como las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, las Organizaciones de Proveedores Preferidos y los planes privados de Pago por Servicio, generalmente no están disponibles para personas con ESRD. Las personas que ya se inscribieron en un Plan MA y que luego desarrollan una ESRD pueden permanecer en ese plan o unirse a otro plan que ofrezca la misma organización en el mismo estado.

Lección 5: Fuentes de información adicionales

- Comparación de Centros de Diálisis
- Redes ESRD
- Fistula First Catheter Last

La lección 5, "Fuentes de información adicionales", le brinda lo siguiente:

- Comparación de Centros de Diálisis
- Redes ESRD
- Fistula First Catheter Last

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tienen una herramienta de Comparación de Centros de Diálisis (DFC) disponible en [Medicare.gov/dialysisfacilitycompare/](https://www.medicare.gov/dialysisfacilitycompare/), donde puede buscar un centro cercano por código postal, ciudad o estado. También lo ayuda a encontrar y comparar centros de diálisis certificados por Medicare y brinda información sobre enfermedad renal crónica, diálisis y trasplantes.

En enero de 2015, CMS agregó un sistema de clasificación por estrellas a DFC para facilitar la comprensión y el uso de los datos sobre los centros de diálisis. Las clasificaciones por estrellas muestran si su centro de diálisis brinda atención de diálisis de calidad, es decir, atención que se sabe que generará los mejores resultados para la mayoría de los pacientes en diálisis.

Las clasificaciones por estrellas usan varias mediciones informadas en DFC, que reflejan la calidad de la atención de cada centro de diálisis. Si la diálisis es algo nuevo para usted, puede preguntar a su médico qué significan las clasificaciones y cómo puede usarlas junto con otros datos para decidir en qué centro tratarse. Se le recomienda visitar los centros que le interesan antes de decidir dónde realizarse el tratamiento de diálisis.

Para conocer más detalles sobre las mediciones usadas para determinar la clasificación por estrellas de los centros de diálisis, visite [Medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#data/star-ratings-system](https://www.medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#data/star-ratings-system). Para obtener una lista de verificación para el paciente con preguntas que puede hacer a los proveedores para ayudarlo a determinar las mejores opciones de centros y tratamientos para usted, visite [Medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#resources/patient-checklists](https://www.medicare.gov/Dialysisfacilitycompare/#resources/patient-checklists).

Redes ESRD

- Redes ESRD
 - Establecen normas relacionadas con la calidad y la pertinencia de la atención para pacientes con ESRD.
- Comuníquese con una Red ESRD local para obtener información sobre:
 - Diálisis o trasplantes de riñón
 - Cómo obtener ayuda de otras agencias relacionadas con afecciones renales
 - Problemas con la calidad de la atención en su centro
 - Los pacientes ya no están obligados a empezar el proceso de queja en el centro.
 - Cómo localizar centros de diálisis y trasplante



Bajo la dirección de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el programa Red ESRD consiste en una red nacional de 18 Redes ESRD, que se ocupan de cada estado y territorio de EE. UU. y del Distrito de Columbia. Las Redes ESRD brindan servicios en áreas geográficas según la cantidad y concentración de beneficiarios con ESRD. Las Redes ESRD trabajan con los consumidores, los centros de ESRD y con otros proveedores de servicios relacionados con la ESRD para perfeccionar los sistemas de prestación de atención, a fin de garantizar que los pacientes con ESRD reciban la atención adecuada en el momento indicado.

Las Redes ESRD son una excelente fuente de información para personas con Medicare y proveedores de atención médica. Las Redes ESRD se encargan de establecer criterios y normas en relación con la calidad y adecuación de la atención para pacientes con ESRD. Estas evalúan las modalidades de tratamiento y la calidad de la atención. También brindan asistencia técnica a los centros de diálisis.

Las Redes ESRD también informan a las personas con Medicare sobre el programa de Medicare y ayudan a resolver quejas y quejas formales. Para proteger a los pacientes contra represalias, la política de CMS ya no exige que el proceso de queja se empiece en el centro. Los pacientes ahora pueden obviar el centro e informar las quejas formales directamente en la Red ESRD.

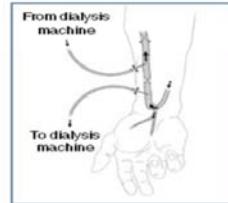
Puede obtener información de contacto de una Red ESRD local en "Cobertura de Medicare de servicios de diálisis renal y trasplante de riñón", publicación de CMS 10128, en [Medicare.gov/pubs/pdf/10128.pdf](https://www.cms.gov/pubs/pdf/10128.pdf), y en esrdncc.org/professionals/all-esrd-networks/.

El ESRD National Coordinating Center (NCC) es el contratista suplente de CMS para las 18 Redes ESRD. El ESRD NCC también brinda información y recursos útiles pensados para ayudar a los pacientes con ESRD y a sus acompañantes a involucrarse y capacitarse. Para obtener más información, visite esrdncc.org/.

NOTA: Hay un mapa interactivo con información de contacto de las Redes ESRD por estado/región en esrdncc.org/professionals/all-esrd-networks/.

Fistula First Catheter Last

- Iniciativa Nacional para la Mejora del Acceso Vascular
 - Para aumentar el uso de fístulas en la hemodiálisis
 - Mejores resultados
- Una fístula es una conexión quirúrgica que une a una vena y una arteria en el antebrazo.
 - Brinda acceso para realizar diálisis.



Actualmente, las Redes ESRD trabajan con Medicare para aumentar el uso de fístulas arteriovenosas (AVF). "Fistula First Catheter Last" es el nombre de la Iniciativa Nacional para la Mejora del Acceso Vascular. Este proyecto de mejoramiento de la calidad es llevado a cabo por las 18 Redes ESRD para promover el uso de AVF para realizar hemodiálisis en todos los pacientes aptos para diálisis.

Una fístula es una conexión, creada quirúrgicamente al unir una vena y una arteria en el antebrazo, que permite que la sangre fluya de la arteria a la vena y brinda un acceso para realizar diálisis. Las fístulas duran más tiempo, necesitan menos retoques y están asociadas con tasas de infección, internación y muerte más bajas que los otros tipos de accesos. Otros tipos de accesos 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 sobresalen de la piel). Hay más información sobre Fistula First Catheter Last en esrdncc.org/ffcl/.

NOTA: Gráfico cortesía del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.

Puntos clave para recordar

- Usted es elegible para Medicare Parte A, con los créditos laborales y los documentos médicos necesarios, sin importar su edad, si sus riñones ya no funcionan y se realiza tratamiento de diálisis regular, o si recibió un trasplante de riñón.
- Medicare Original es normalmente la única opción para la mayoría de las personas con ESRD. Si cuenta con la Parte A, B y D, tendrá la cobertura más integral.
- Hay un período durante el que su plan de salud grupal será el pagador principal de sus facturas de atención médica, y Medicare el secundario.
- El tratamiento con medicamentos inmunosupresores sólo está cubierto por Medicare Parte B si usted tenía derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón.
- Las Redes ESRD se ocupan de problemas relacionados con la calidad de la atención.

La ESRD es una insuficiencia renal permanente. Si tiene enfermedad renal crónica en etapa V, puede que deba recibir tratamiento de diálisis regular o un trasplante de riñón.

Usted es elegible para Medicare Parte A, con los documentos médicos y los créditos laborales necesarios, sin importar su edad, si sus riñones ya no funcionan y se realiza tratamiento de diálisis regular, si se realiza diálisis en el hogar o si recientemente recibió un trasplante de riñón en un hospital aprobado.

Analizamos las opciones de inscripción y sabemos que recibe todos los servicios de la Parte A y B, y que puede obtener la Parte D (Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare) y recibir otros servicios especiales.

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

También aprendimos que el tratamiento con medicamentos inmunosupresores sólo está cubierto por Medicare Parte B si usted tenía derecho a la Parte A al momento del trasplante de riñón.

Hablamos sobre la Comparación de Centros de Diálisis y las Redes ESRD, que se ocupan de problemas relacionados con la calidad de la atención.

Puede encontrar recursos clave de cobertura en [Medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html](https://www.medicare.gov/coverage/dialysis-services-and-supplies.html).

Guía de recursos relacionados con la ESRD

Recursos	Productos Medicare
<p>Medicare.gov Medicare.gov/people-like-me/esrd/dialysis-information.html</p> <p>Centro de atención telefónica de Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)</p> <p>Seguro Social 1-800-772-1213 (TTY 1-800-525-0778) SSA.gov</p> <p>PPS para ESRD en Medicare Learning Network: CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/End-Stage_Renal_Disease_Prospective_Payment_System_ICN905143.pdf</p>	<p>Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) Para números de teléfono llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 (TTY)</p> <p>ESRD National Coordinating Center esrdncc.org/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información de contacto de Redes ESRD esrdncc.org/professionals/all-esrd-networks/ • Fistula First Catheter Last esrdncc.org/ffc/ <p>National Kidney Foundation kidney.org</p> <p>American Kidney Fund akfn.org/</p> <p>United Network for Organ Sharing unos.org/</p> <p>Formulario de Evidencia Médica (CMS 2728) CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms2728.pdf</p>

Esta capacitación es brindada por el

Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS

Para hacer preguntas sobre productos de
capacitación, envíe un correo electrónico a
training@cms.hhs.gov.

Para ver todos los materiales de capacitación del
NTP,
o para suscribirse a nuestra lista de correo
electrónico, visite
[CMS.gov/outreach-and-
education/training/CMSNationalTrainingProgram](http://CMS.gov/outreach-and-education/training/CMSNationalTrainingProgram).

Esta capacitación es brindada por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS.

Para hacer preguntas sobre productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov.

Para conocer todos los materiales del NTP disponibles, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite [CMS.gov/outreach-and-
education/training/cmsnationaltrainingprogram/](http://CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/).