



Richard, paciente de DaVita

Guía de Educación de Medicare 2026

Una guía para los pacientes de diálisis de DaVita que tienen Medicare

Los educadores de seguro de DaVita están para ayudarlo

Los educadores de seguro de DaVita son un recurso educativo dedicado para todos los pacientes de diálisis de DaVita. Están disponibles para ayudarlo a entender su cobertura de Medicare actual y aprender más sobre sus opciones de Medicare, incluso las consideraciones de costos, proveedores y beneficios y las restricciones de cobertura aplicables. Si le gustaría recibir educación, puede llamar al **1-833-959-1724** o completar el formulario de solicitud de apoyo de seguro en línea en **DaVita.com/MedicareOptions**. Lea más sobre su aceptación de asesoramiento sobre seguros en la página 11.

¡Bienvenido!

Nos alegra que haya elegido a DaVita como su proveedor de diálisis. Creamos esta guía para ayudar a los pacientes de diálisis que actualmente tienen Medicare como su cobertura de seguro de salud primario a entender los aspectos básicos de Medicare y sus opciones de cobertura Medicare.

CONSIDERACIÓN IMPORTANTE: Los educadores de seguros de DaVita no pueden recomendar un tipo de cobertura u opción de plan sobre otro. Hay varias herramientas y recursos de terceros disponibles para ayudarlo a tomar su decisión de cobertura, incluida la inscripción en diferentes coberturas, y algunas se han incluido al final de esta guía.

Un vistazo rápido al contenido de esta guía

Sección 1: Maneras de obtener su cobertura de Medicare	2
¿Qué es Original Medicare?	2
Cobertura adicional con Original Medicare	3
¿Qué es Medicare Advantage?	4
Beneficios adicionales disponibles a través de Medicare Advantage	4
Un vistazo rápido a los costos de Original Medicare vs. Medicare Advantage	5
Sección 2: Profundizar más en Medicare Advantage	6
Los diferentes tipos de planes de Medicare Advantage	6
Comparación lado a lado de los planes de Medicare Advantage	7
Sección 3: Elegir su cobertura de Medicare	8
Decida cómo quiere obtener su cobertura de Medicare	8
Hacer cambios a su cobertura de Medicare	9
Consideraciones para tener en cuenta cuando piense en cambiar a Medicare Advantage	10
Su aceptación de asesoramiento sobre seguros	11
Recursos adicionales	12

Sección 1. Maneras para obtener su cobertura de Medicare

Medicare es un programa nacional de seguro de salud administrado por el gobierno federal de los EE. UU. para personas de 65 años o más, o menores de 65 años con ciertas discapacidades. También es para pacientes de diálisis diagnosticados con enfermedad renal en etapa terminal (o ESKD, por sus siglas en inglés). Existen dos maneras principales de obtener su cobertura Medicare: Original Medicare (Medicare Parte A y Parte B) y Medicare Advantage (Medicare Parte C). Echemos un vistazo a cómo estas dos opciones se comparan, y brindaremos información más detallada en las siguientes páginas.

¿Qué es Original Medicare?

Medicare Parte A, su seguro de hospital

Medicare Parte A cubre las estadías de pacientes internados, atención en centros de enfermería especializada y parte de atención de la salud en el hogar. La mayoría de las personas cubiertas por Original Medicare no pagan una prima mensual para su Parte A. Sin embargo, si no califica para Parte A sin prima, puede adquirir Parte A por hasta \$565 cada mes en 2026.

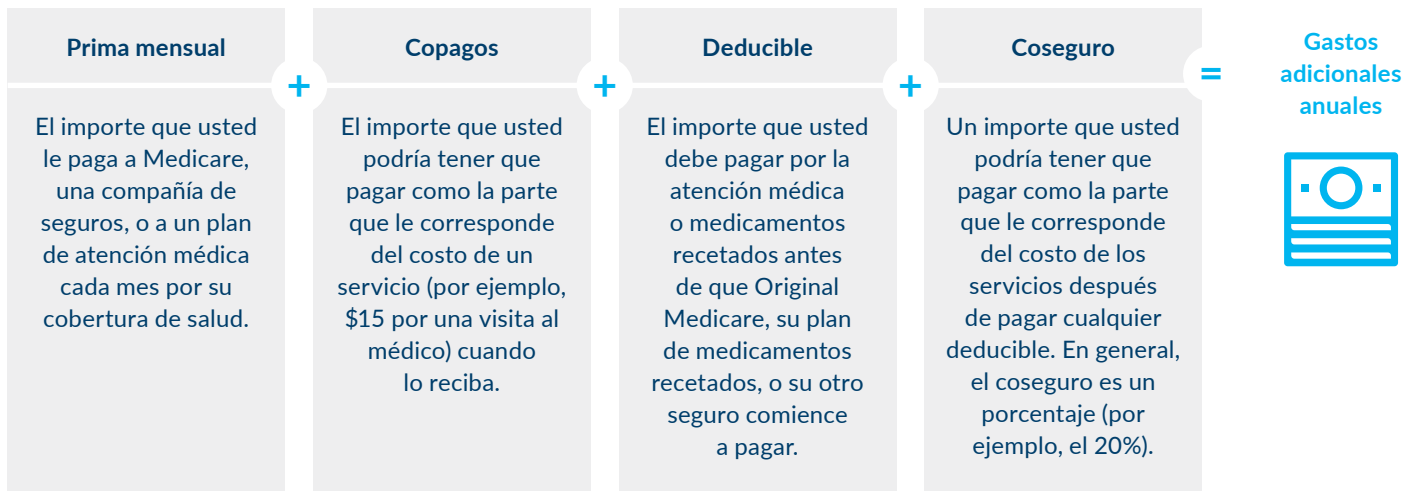
Medicare Parte B, su seguro de salud

Medicare Parte B cubre determinados servicios de médicos, atención de pacientes ambulatorios, suministros médicos y algunos servicios preventivos. También cubre medicamentos para trasplante e inmunosupresores durante 36 meses después del trasplante. La mayoría de las personas cubiertas por Original Medicare pagan una prima mensual para la Parte B. La prima básica para la Parte B en 2026 es de \$202.90, pero podría ser más alta dependiendo de sus ingresos.

Las personas cubiertas por Original Medicare pueden ver a cualquier proveedor que acepte Original Medicare y que acepte pacientes nuevos, y si no necesitan una derivación.

Descripción general de los costos anuales asociados con Original Medicare

Además de la(s) prima(s) mensual(es), con Original Medicare, debe cubrir su deducible antes de que Medicare pague su parte de los costos para los servicios y suministros cubiertos. Seguirá siendo responsable por los copagos y el coseguro, y no hay un límite o un máximo adicional con respecto al monto que puede pagar para el año (a menos que tenga otra cobertura secundaria, consulte más adelante para más información).



Cobertura adicional con Original Medicare

Original Medicare no cubre todos los servicios y suministros de atención de la salud, ni paga todos los costos. Algunas personas, si son elegibles, eligen obtener cobertura adicional para ayudar. Como recordatorio, Original Medicare no limita cuánto paga adicionalmente cada año, lo que puede ser más de \$8,850 solamente en diálisis para los pacientes con Original Medicare y sin cobertura secundaria.

1. Las compañías de seguro ofrecen **Medicare Parte D**, o la cobertura de medicamentos recetados, que ayuda a cubrir el costo de los medicamentos recetados (incluso muchas vacunas recomendadas).
2. Las compañías de seguro ofrecen **Seguro Suplementario de Medicare**, o Medigap, que llena "vacíos" ayudando a cubrir algunos de los costos de atención de la salud restantes no cubiertos por Medicare Parte B como deducibles, copagos y coseguro. Algunas pólizas Medigap también cubren servicios que no están cubiertos por Original Medicare, como atención médica cuando viaja fuera de los EE. UU.

Consideración importante: Las compañías de seguro no están obligadas a venderle una póliza Medigap si no tiene "derechos de emisión garantizada". Puede obtener más información sobre Medigap y las situaciones que pueden calificarlo para un derecho de emisión garantizada llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048)** o visitando **Medicare.gov**.

3. **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal basado en los ingresos que cubre servicios prestados por proveedores que aceptan Medicaid, generalmente dentro de su estado. Con frecuencia, Medicaid también proporciona beneficios dentales, de transporte y para medicamentos recetados.

Consideración importante: Para ser elegible para Medicaid, debe cumplir con los requisitos de ingresos del estado o ciertos criterios de elegibilidad no financieros (por ejemplo, estar embarazada). No todos los pacientes de diálisis con Medicare califican para Medicaid. Puede obtener más información visitando **Medicaid.Gov/Medicaid/Eligibility/Index.html** o llamando a su oficina de Medicaid estatal.

4. El **plan de salud grupal del empleador** es el seguro de salud que proporciona su empleador (o a través del empleador de su cónyuge o de sus padres) que a menudo cubre todos o algunos de sus servicios de atención de la salud, y usted es responsable de pagar solo el deducible, el coseguro o copago. La cobertura y los beneficios varían según el plan. Hable con su empleador para obtener más información sobre su plan actual o las opciones del plan de salud de grupo disponibles.

Tenga en cuenta: Los planes Medicare Parte D, Medigap y los planes de salud de grupo del empleador generalmente tienen una prima mensual, además de la prima por la Parte B, y puede variar dependiendo del plan que tenga.

¿Qué es Medicare Advantage?

Medicare Advantage es una alternativa "todo en uno" al Original Medicare. El gobierno federal contrata a compañías de seguro para ofrecer estos planes que incluyen Medicare Parte A, Parte B y generalmente Parte D.

Beneficios

Los planes de Medicare Advantage cubren los mismos servicios que Original Medicare. Con frecuencia, también ofrecen beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare, como cobertura de visión, dental y audición. Otros servicios podrían incluir transporte (a su centro de diálisis), servicio de entrega de comidas a domicilio y medicamentos de venta libre. La mayoría de los planes con frecuencia incluyen la cobertura de medicamentos recetados.

Costos

Además de su prima por la Parte B, puede pagar una prima mensual por el plan Medicare Advantage y puede tener diferentes costos adicionales que lo que tiene con Original Medicare. A diferencia de Original Medicare, estos planes ponen un límite a lo que usted abonará cada año por los servicios cubiertos, con el fin de protegerlo de costos inesperados.

Redes de proveedores

Los planes de Medicare Advantage también pueden tener diferentes reglas sobre cómo obtener los servicios y pueden requerir que consulte con proveedores de la red o pague más para proveedores fuera de la red. Algunos planes no cubren los servicios de proveedores fuera de la red y el área de servicio del plan, y es posible que deba obtener una derivación para ver a un especialista.

Coordinación de la cobertura

Dependiendo de cualquier segunda cobertura que tenga, puede mantener esa cobertura y usarla con un plan de Medicare Advantage. Por ejemplo, generalmente puede mantener Medicaid o seguro comercial, como un plan de salud de grupo del empleador. Si tiene Medigap, no puede usarlo para pagar su prima, deducible o copagos de Medicare Advantage y, por lo tanto, es posible que desee dejarlo.

A fin de ser elegible para Medicare Advantage, primero debe inscribirse (o ya estar inscrito) en las Partes A y B de Medicare.

Beneficios adicionales disponibles a través de Medicare Advantage

En general, los planes de Medicare Advantage ofrecen beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare, como cobertura de visión, dental y audición. Echemos un vistazo a algunos de los posibles beneficios que podría obtener. Para entender los detalles de beneficios específicos que podría recibir, deberá revisar los planes específicos disponibles en su área.

- Problemas dentales
- Exámenes de los ojos y anteojos
- Audífonos
- Beneficios de comida y comestibles
- Telesalud
- Medicamentos de venta libre
- Medicamentos recetados
- Seguridad en el baño
- Apoyo en el hogar
- Transporte
- Sistema de respuesta ante emergencias personales
- Membresía al gimnasio

Los beneficios que puede recibir dependen del plan en el que se inscribe y el tipo de plan que sea. Para más información sobre los diferentes tipos de planes de Medicare Advantage, diríjase a la página 6.



TÉRMINOS CLAVE

Máximo adicional: El máximo que deberá pagar de gastos médicos cubiertos en un año del plan del seguro de salud antes de que su plan de seguro comience a pagar el 100% de los gastos médicos cubiertos.

Red de proveedores: Las instalaciones y proveedores que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de atención médica.

Descripción general de los costos anuales asociados con Medicare Advantage

Prima mensual

El importe que usted le paga a Medicare, una compañía de seguros, o a un plan de atención médica cada mes por su cobertura de salud.

+

Copagos

El importe que usted podría tener que pagar como la parte que le corresponde del costo de un servicio (por ejemplo, \$15 por una visita al médico) cuando lo reciba.

+

Deducible

El importe que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos recetados antes de que Medicare Advantage, su plan de medicamentos recetados, o su otro seguro comience a pagar.

+

Coseguro

Un importe que usted podría tener que pagar como la parte que le corresponde del costo de los servicios después de pagar cualquier deducible. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

=

Gastos adicionales anuales, sujetos al Máximo de Gastos Adicionales

Un vistazo rápido a los costos de Original Medicare vs. Medicare Advantage

A continuación sigue una comparación de costos básicos de Original Medicare y Medicare Advantage. Los costos para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura secundaria varían según el plan y se agregan a sus costos de Original Medicare y Medicare Advantage. Para obtener ayuda para comparar los costos, puede visitar el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.Gov/Plan-Compare](#) o contactar a un educador de seguros de salud de DaVita para un apoyo más dedicado.

PRIMA MENSUAL		COSTOS ADICIONALES ANUALES	
Original Medicare	VS Medicare Advantage	Original Medicare	VS Medicare Advantage
La mayoría de las personas solo tienen una prima por Medicare Parte B	Además de las primas por Medicare Parte A y Parte B	Sin límite en lo que paga adicionalmente cada año	Varía según el plan y no puede superar los \$9,250 en el año para servicios dentro de la red.
Medicare Parte A: hasta \$565	Varía según el plan, muchos hasta \$0 por mes	El tratamiento de diálisis por sí solo puede superar los \$9,250 cada año dependiendo de la cobertura secundaria que pueda tener	
Medicare Parte B: típicamente \$202.90 ¹			
DEDUCIBLE ANUAL		COPAGOS Y COSEGURO	
Original Medicare	VS Medicare Advantage	Original Medicare	VS Medicare Advantage
Medicare Parte A: \$1,736	Varía según el plan	Medicare Parte A: Depende de la duración de las estadías de pacientes internados	Varía según el plan y no puede exceder Original Medicare
Medicare Parte B: \$283	Después de que alcanzó el máximo adicional cada año, el plan paga el 100% de los gastos de atención de la salud cubiertos	Medicare Parte B: Típicamente paga el 20% por la mayoría de los servicios, incluida la diálisis	Después de que alcanzó el máximo adicional cada año, el plan paga el 100% de los gastos de atención de la salud cubiertos

1. Los números que se indican arriba se basan en los montos de 2026 determinados por Medicare y están sujetos a cambio anualmente.



Chanin, paciente de DaVita

Sección 2. Profundizar más en Medicare Advantage

Los diferentes tipos de planes de Medicare Advantage

Hay cinco tipos de planes de Medicare Advantage. La mayoría de las personas se inscribe en tres planes principales. La principal diferencia entre cada uno es cómo paga y recibe los servicios de atención médica:

- Planes de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)
- Planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)
- Planes de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés)

Consideración importante: Los Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) y los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) no están cubiertos en esta guía. Puede visitar **Medicare.gov** para más información sobre estos dos tipos de planes de Medicare Advantage.

Dependiendo de dónde vive, todos, algunos o ninguno de estos tipos de planes pueden estar disponibles. Para ver todos los planes de Medicare Advantage disponibles para usted, visite **Medicare.gov/Plan-Compare**.

Planes de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

	Primas y deducibles más bajos		Generalmente solo cubre servicios dentro de la red		Se necesita una derivación para ver especialistas
---	-------------------------------	---	--	---	---

Un plan de la organización de mantenimiento de la salud (HMO) es un tipo de plan Medicare Advantage que generalmente brinda cobertura de atención de la salud de proveedores de la red del plan (excepto atención de emergencia, atención de urgencia fuera del área o diálisis fuera del área), con un énfasis en la prevención.

La mayoría de las HMO requieren que obtenga una referencia de su médico de atención primaria para recibir atención especializada, incluso cuando viaja fuera del área de cobertura o de la red. Si recibe atención médica fuera de la red del plan, es posible que deba pagar el costo total. Es importante que siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa para un determinado servicio cuando sea necesario.

Planes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

	A veces, primas y deducibles más altos		Puede buscar proveedores fuera de la red (pero normalmente cuesta más)		No hay necesidad de derivaciones para ver especialistas
---	--	---	--	---	---

Un plan de organización de proveedores preferidos (PPO) es otro tipo de plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores que puede usar. También puede usar proveedores fuera de la red para servicios cubiertos, generalmente por un costo más alto. Debido a que ciertos proveedores son "preferidos" (como sugiere el nombre), puede ahorrar dinero usándolos. Para los pacientes con cobertura secundaria, es posible que no experimente costos más altos al inscribirse en este tipo de plan.

Planes de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés)

Un plan de necesidades especiales (SNP) es otro tipo de plan de Medicare Advantage que brinda beneficios y servicios solo a personas que viven en el área de servicio del plan y tienen enfermedades específicas, ciertas necesidades de atención médica o ingresos limitados. Los SNP adaptan sus beneficios, las opciones de proveedores y la lista de medicamentos cubiertos para satisfacer mejor las necesidades específicas de los grupos a los que atienden.

SNP para condiciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés)

Los C-SNP son planes especializados de Medicare Advantage que brindan atención coordinada a pacientes con enfermedades crónicas graves, como insuficiencia cardíaca crónica, diabetes tipo 2 y enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis.

SNP de elegibilidad dual (D-SNP)

Los SNP de elegibilidad dual son planes de Medicare Advantage especializados que coordinan sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos, si tiene Medicaid. Estos tipos de planes lo ayudan a manejar sus beneficios y costos de atención de la salud en un solo lugar, en lugar de tener que

trabajar con Medicare, Medicaid y una compañía de seguro por separado.

SNP institucional (I-SNP)

Los SNP institucionales son planes de Medicare Advantage especializados que brindan atención coordinada para los pacientes en centros de atención a largo plazo, como un hogar para personas mayores o un centro de enfermería especializada. Estos tipos de planes están disponibles en algunos estados, pero no todos, y requieren que haya tenido o se espera que necesite, durante 90 días o más, el nivel de servicios que se brinda en un centro de atención a largo plazo.

Comparación lado a lado los planes de Medicare Advantage

La tabla a continuación muestra la información básica sobre cada tipo de plan de Medicare Advantage. Puede haber tipos de planes adicionales disponibles en su área. Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información.

	HMO	PPO	SNP
¿El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados?	Generalmente Si se une a HMO que no ofrece cobertura de medicamentos, no puede obtener un plan de medicamentos de Medicare separado.	Generalmente Si se une a un plan PPO que no ofrece cobertura de medicamentos, no puede obtener un plan de medicamentos de Medicare separado.	Sí Todos los SNP deben brindar cobertura de medicamentos recetados.
¿Puedo usar cualquier médico u hospital?	A veces En general, debe obtener su atención y servicios de médicos, otros proveedores de atención de la salud u hospitales en la red del plan (excepto atención de emergencia o diálisis fuera del área). En algunos casos, es posible que tenga que obtener algunos servicios fuera de la red para un copago o coseguro más alto.	Sí Cada plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores que puede ver. También puede ir fuera de la red de proveedores del plan, pero sus costos podrán ser más altos.	A veces En general, debe obtener su atención y servicios de médicos u hospitales en la red de los SNP (excepto atención de emergencia o si necesita diálisis fuera del área). Sin embargo, si su SNP es una PPO, puede obtener servicios cubiertos por Medicare fuera de la red.
¿Qué debo hacer con respecto a mi clínica de diálisis o centro de trasplante?	Antes de cambiar su seguro o inscribirse en un nuevo plan de seguro, querrá verificar si sus proveedores de atención de la salud aceptan el plan que está considerando. También debe hablar con su equipo de trasplante, si tiene uno, antes de hacer cualquier cambio a su seguro.		
¿Necesito una derivación para ver a un especialista?	Sí	No	A veces

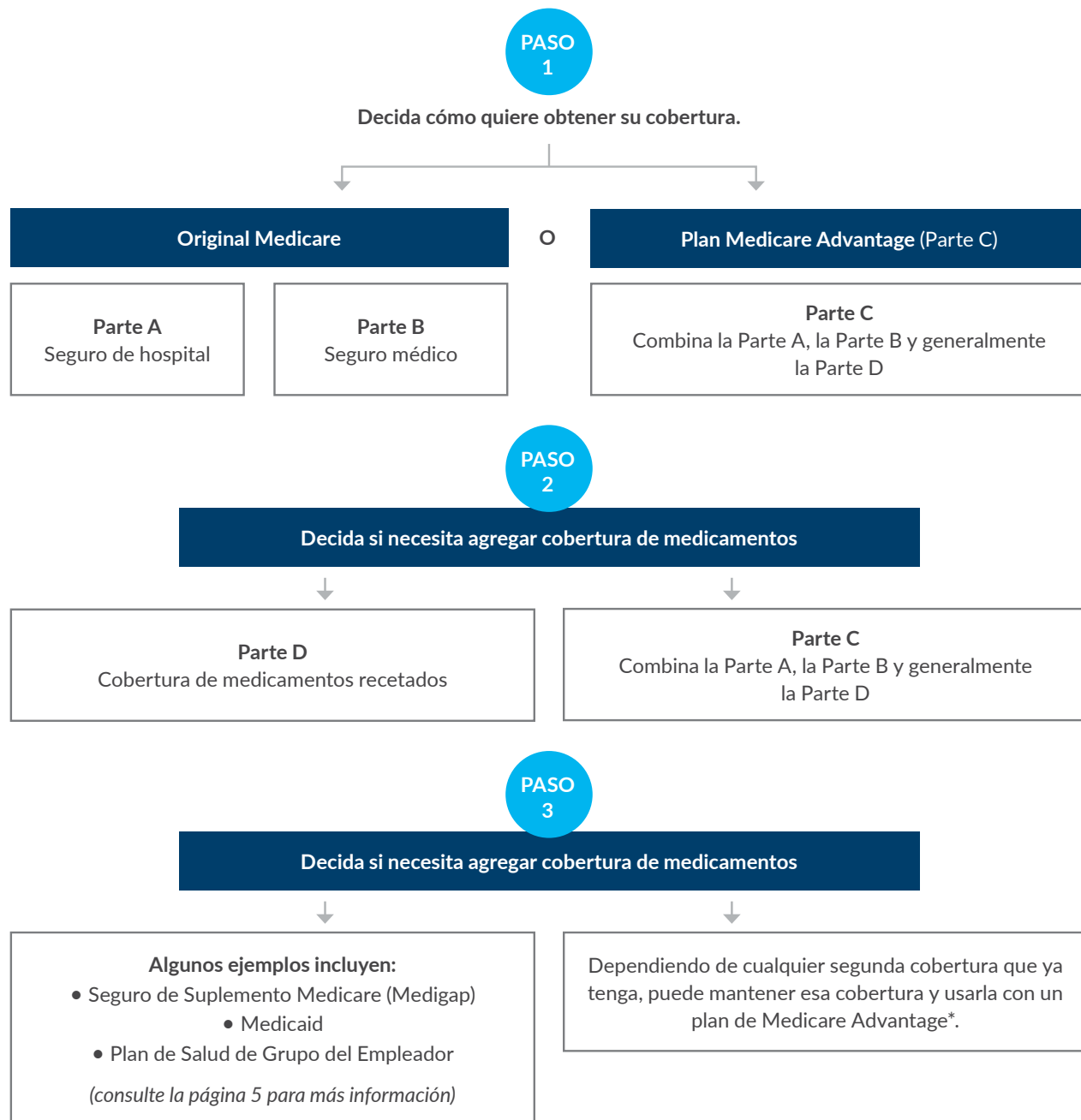
Dependiendo de dónde vive, todos, algunos o ninguno de estos tipos de planes pueden estar disponibles. Para más información sobre los planes específicos para los que es elegible, puede visitar [Medicare.gov/Plan-Compare](https://www.medicare.gov/Plan-Compare) o trabajar con uno de los recursos de terceros que se incluyen en la portada.

Sección 3. Elegir su cobertura de Medicare

Decida cómo quiere obtener su cobertura de Medicare

Como repasamos antes en esta guía, hay dos formas principales de obtener su cobertura de Medicare. Original Medicare y Medicare Advantage. Dependiendo de cómo decide obtener su cobertura de Medicare, también puede elegir obtener cobertura secundaria adicional para ayudarlo con los costos y tener acceso a más beneficios, si es elegible.

A continuación sigue una rápida descripción para ayudarlo a reflexionar sobre qué opción de cobertura sería la mejor para usted. En el resto de esta guía, describimos consideraciones más detalladas para tener en cuenta cuando piense en cambiar su cobertura de Medicare, especialmente cuando se trata de Medicare Advantage.



*Si se une a un plan de Medicare Advantage, no puede usar o no se le puede vender una Póliza de Seguro Suplementario de Medicare (Medigap).

Hacer cambios a su cobertura de Medicare

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage, según su cobertura actual, puede tener acceso a beneficios adicionales que aún no tiene, coordinar su cobertura para una mejor atención y tener gastos anuales de atención médica más altos o más bajos.

Si se inscribe en un Plan de Medicare Advantage				
Su cobertura actual	Recibir beneficios adicionales	Puede limitar sus gastos anuales	Coordinar su cobertura secundaria	Mantener sus proveedores existentes
Solo Original Medicare	✓	✓	N/A	A veces
Original Medicare con Medicaid	✓	A veces	✓	A veces
Original Medicare con el plan de salud de grupo del empleador	✓	A veces	A veces	A veces
Original Medicare con Medigap	✓	A veces	✗	A veces

A medida que revisa sus opciones de cobertura de Medicare, estas son algunas preguntas para considerar:

- 1. ¿Quiere manejar mejor sus costos de atención de la salud y limitar sus gastos adicionales?
- 2. ¿Desea beneficios adicionales a los que quizás no tenga acceso hoy, como cobertura dental, de visión o medicamentos de venta libre?
- 3. ¿Sus proveedores, como su nefrólogo o centro de diálisis, se encuentran dentro de la red del plan que está considerando?
- 4. ¿Tiene un seguro suplementario de Medicare o un plan Medigap?

Para más información sobre qué necesita saber sobre sus opciones de Medicare, particularmente Medicare Advantage, en función de la cobertura que tiene hoy, consulte la página 10.



Napoleon, paciente de DaVita

Consideraciones para tener en cuenta cuando piense en cambiar a Medicare Advantage

¿Quiere manejar mejor sus costos de atención de la salud y limitar sus gastos adicionales?

Dependiendo de su cobertura actual, inscribirse en un plan Medicare Advantage podría ayudarlo a limitar sus costos anuales de atención médica. Los planes de Medicare Advantage tienen un límite de gasto anual de \$9,250 o menos para servicios dentro de la red (para 2026).

1. **Si solo tiene Original Medicare:** Original Medicare no limita cuánto paga de su bolsillo cada año, lo que puede ser más de \$9,250 solamente en diálisis. Estos planes podrían requerir copagos o coseguro hasta que alcance su límite anual.

Además, si se inscribe en un plan Medicare Advantage, sus costos de trasplante generalmente se incluyen en sus costos adicionales y contribuyen a su límite de gasto máximo anual, si su centro de trasplante o los servicios y proveedores relacionados están dentro de la red del plan. Esto significa que si está buscando un trasplante, inscribirse en Medicare Advantage podría ayudarlo a reducir sus costos adicionales en comparación con si continuara con Original Medicare.

Es importante tener en cuenta que inscribirse en un plan Medicare Advantage no aumentará sus probabilidades de recibir un trasplante. Hable con su equipo de trasplantes, si tiene uno, antes de realizar cualquier cambio en su seguro.

2. **Si tiene un seguro secundario, como Medicaid o un plan de salud de grupo del empleador:** Si sigue siendo elegible para su seguro secundario, puede ayudarlo a cubrir los costos que Original Medicare y Medicare Advantage no cubren, incluidas sus primas mensuales y algunos costos adicionales, y es probable que sus costos anuales generales no aumenten.
3. **Si tiene un seguro suplementario de Medicare o Medigap:** Algunos planes de Medigap ayudan a cubrir el 100% de sus costos adicionales, pero los planes Medicare Advantage no lo hacen. Sin embargo, con Medigap, es posible que tenga un plan de Medicare Parte D por separado para la cobertura de medicamentos recetados y muchos planes de Medicare Advantage a menudo incluyen esta cobertura. Si conserva su plan de Medigap, tendrá que seguir pagando la prima del plan y no podrá usarla para pagar sus primas, deducibles, copagos o coseguro del plan de Medicare Advantage. Dependiendo de sus planes Medigap o Medicare Advantage, sus costos podrían aumentar si decide mantener su plan de Medigap después de inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

¿Desea beneficios adicionales a los que quizás no tenga acceso hoy, como cobertura dental, de visión o medicamentos de venta libre?

Sin importar la cobertura que tenga en la actualidad, los planes de Medicare Advantage deben cubrir los mismos servicios que cubre Original Medicare. Esto incluye Medicare Parte A y Parte B. En todos los tipos de planes de Medicare Advantage, usted siempre está cubierto para atención de urgencia y de emergencia.

Típicamente, los planes de Medicare Advantage ofrecen beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare, como cobertura de visión, dental y audición. Otros servicios podrían incluir transporte (a su centro de diálisis), servicio de entrega de comidas a domicilio y medicamentos de venta libre. Y la mayoría de los planes con frecuencia incluyen la cobertura de medicamentos recetados.

Dependiendo de su cobertura actual, inscribirse en un plan de Medicare Advantage podría brindarle acceso a beneficios que no tiene actualmente o podría brindarle beneficios adicionales y más completos o beneficios que tal vez no reciba en absoluto.

Si tiene Medicaid, puede optar por inscribirse en un D-SNP especializado para combinar o coordinar los beneficios de Medicare y Medicaid juntos.

¿Sus proveedores, como su médico especialista en riñones o centro de diálisis, se encuentran dentro de la red del plan que está considerando?

En general, los planes de Medicare Advantage tienen una red de proveedores específica a los que puede ver, mientras que con Original Medicare puede ir a cualquier proveedor que acepte Medicare. Antes de inscribirse en un plan de Medicare Advantage, querrá verificar si sus proveedores de atención médica aceptan Medicare Advantage. Si no es así, es posible que deba pagar el costo total de los servicios recibidos si recibe atención médica fuera de la red del plan.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Medicare Advantage y está en una lista de espera para trasplantes o cree que necesita un trasplante, consulte con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos, otros proveedores de atención médica y hospitales estén dentro de la red del plan. Es importante que siga las reglas del plan, como obtener aprobación previa o autorización para un determinado servicio cuando sea necesario. También debe hablar con su equipo de trasplante antes de hacer cualquier cambio a su seguro.

¿Tiene un seguro suplementario de Medicare o un plan Medigap?

Si tiene Medigap y se une a un plan de Medicare Advantage, es posible que desee abandonar su Medigap. Esto se debe a que no puede usar Medigap para pagar las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro de su plan de Medicare Advantage. Si

cancela su plan de Medigap, es posible que no pueda volver a inscribirse en un plan de Medigap. Sin embargo, si se inscribe en un plan de Medicare Advantage por primera vez y no está satisfecho con el plan, tendrá derechos especiales en virtud de la ley federal para comprar un plan de Medigap y un plan de medicamentos de Medicare si regresa a Original Medicare dentro de los 12 meses de unirse al plan Medicare Advantage.

Su aceptación de asesoramiento sobre seguros

Como paciente de DaVita, tendrá derecho a seleccionar la cobertura de seguro de su elección. La información a continuación describe consideraciones a tener al revisar y seleccionar la cobertura de seguro. La decisión de inscribirse en una cobertura diferente siempre es suya, y usted debería inscribirse en la cobertura que crea que es el mejor para usted. Lo alentamos a que investigue todas sus opciones de cobertura disponibles para identificar el seguro que mejor cumple con sus necesidades y preferencias individuales. Si tiene preguntas sobre sus opciones de seguro, podrá conversar con su educador de seguro de salud de DaVita.

Como paciente de DaVita, comprendo que la información que DaVita me ofrece se base en un entendimiento de buena fe de las opciones disponibles de seguro. Al elegir una cobertura de seguro de salud, también comprendo:

1. **Elección personal:** Debería inscribirme en el plan de seguro médico que considere mejor para mí.
2. **Investigación:** Debería realizar mi propia investigación sobre las opciones de seguro de salud disponibles. Las opciones disponibles para mí pueden incluir Medicare, Medicare Advantage, Medicaid, un plan de intercambio de seguro de salud u otro plan comercial individual, un plan a través del empleador, etc.
3. **Educadores de seguro de salud de DaVita:** Los compañeros de equipo de DaVita brindan educación objetiva y basada en datos sobre seguros. Los compañeros de equipo no recomiendan planes de seguro específicos.
4. **Beneficios y red de proveedores:** Debo investigar los beneficios, servicios y redes de proveedores asociados con las opciones de seguro que estoy considerando.

Los ejemplos de beneficios y servicios a considerar incluyen beneficios de diálisis, cobertura de medicamentos recetados, cobertura familiar versus individual, etc. Es importante para mí comprender si los proveedores de atención médica actuales o futuros aceptan el seguro que estoy considerando.

5. **Costos:** Debo considerar los costos totales asociados con los planes de seguro, incluidas las primas, los copagos, los deducibles, el coseguro y otros costos adicionales. Un compañero de equipo de DaVita puede ayudarme a realizar una comparación de costos o puede dirigirme a recursos para realizar mi propia comparación de costos. También puedo hablar directamente con el plan de salud para comprender los costos a los que puedo estar sujeto.
6. **Trasplante de riñón:** Si estoy interesado en un trasplante de riñón, es particularmente importante que investigue si mis opciones de seguro pueden afectar mi capacidad para recibir el trasplante.

Tenga en cuenta que su centro de trasplante de riñón puede brindarle información adicional sobre las decisiones de seguro cuando se prepara para el trasplante.

Recursos adicionales

Si desea *inscribirse* en un plan Medicare Advantage

Medicare y Buscador de Planes de Medicare

Puede contactar a Medicare o usar el Buscador de Planes de Medicare en [Medicare.Gov/Plan-Compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) para obtener más información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área, incluidos los costos del plan, los beneficios, las consideraciones de la red de proveedores y para inscribirse en un plan.

Chapter (un Asesor de Medicare licenciado que no está afiliado)

Chapter es un asesor de Medicare que busca planes de todas las aseguradoras para ayudarlo a inscribirse en el que mejor se adapte a sus necesidades individuales: pueden controlar y asegurarse de que sus proveedores de atención médica estén dentro de la red, y compararán los precios de los medicamentos en todas las farmacias de su área. Los asesores de Medicare de Chapter están capacitados específicamente en materia de las necesidades de cobertura de seguro de los pacientes de diálisis.

- Visite el sitio web de Chapter en askchapter.org/dialysis
- Llame a la línea de ayuda de Chapter al **1-800-351-0969** para hablar con un Asesor de Medicare licenciado (lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m. EST y sábados de 10 a. m. a 6 p. m. EST)

Si desea *información educativa* adicional sobre las opciones de Medicare

Medicare

Puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o contactar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048)** para obtener información sobre su elegibilidad y opciones para Medicare, incluso Medicare Advantage, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si desea *orientación* adicional sobre sus opciones de Medicare

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Los SHIP son organizaciones locales sin fines de lucro que brindan asesoramiento gratuito e imparcial, personalizado sobre sus opciones de Medicare. Para encontrar a su SHIP local, puede visitar [ShipTACenter.org](https://www.shiptacenter.org) o llamar al **1-877-839-2675 (TTY 711)**.

Otros recursos.

Puede que haya otras agencias de seguro de salud y agentes d seguro locales que puedan ayudarlo a revisar sus opciones de Medicare Advantage y a inscribirse en un plan. También puede contactar a ciertas compañías de seguro de salud directamente para aprender más sobre sus planes disponibles o para inscribirse.

Nota importante: Estos recursos tienen la intención de brindar a los pacientes de DaVita información sobre algunos recursos terceros disponibles para comparar e inscribirse en planes de Medicare Advantage. Los enlaces a sitios web de terceros se proporcionan solo para fines informativos y no reemplazan el consejo profesional. Los sitios web de terceros están regidos por la política de privacidad y los términos de uso del tercero, no de DaVita. DaVita no respalda ni recomienda ningún agente, corredor, agencia o plan de seguros específico y no está afiliado ni es compensado por agentes, corredores o agencias de seguros. Si decide trabajar con un agente, corredor o agencia de seguros de salud, tenga en cuenta que no están afiliados a Medicare y pueden obtener compensación si usted se inscribe en un plan.

Nota importante sobre Chapter: Chapter, AskChapter.org, y Chapter Medicare LLC son propiedad privada de Memoir, Inc. Chapter es un recurso no gubernamental para personas que buscan información y recursos sobre la cobertura de Medicare. En la mayoría de los estados, Chapter Medicare LLC opera comercialmente como Chapter Advisory LLC. En California, Chapter opera como Chapter Insurance Services. Chapter no está conectada y tiene el respaldo del gobierno de Estados Unidos o del programa federal Medicare. Todos los recursos y la información en los sitios web de Chapter están diseñados con la intención de ser educativos, y no anuncios comerciales para planes de seguros específicos. DaVita y Chapter son entidades independientes y no están afiliadas.

DaVita Kidney Care
Insurance Management Team
2001 16th Street
Denver, CO 80202
833-959-1724

Esta guía fue preparada utilizando la información provista por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid. Esta guía se emite solo para fines informativos y no es un documento legal ni un sustituto de consejo o tratamiento médico. La información en esta guía describe los Programas Medicare y Medicare Advantage en el momento en que esta guía fue impresa. Puede haber cambios después de su impresión. Puede visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamar al teléfono gratuito 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o al número TTY 1-877-486-2048 para obtener la información más reciente sobre Medicare.