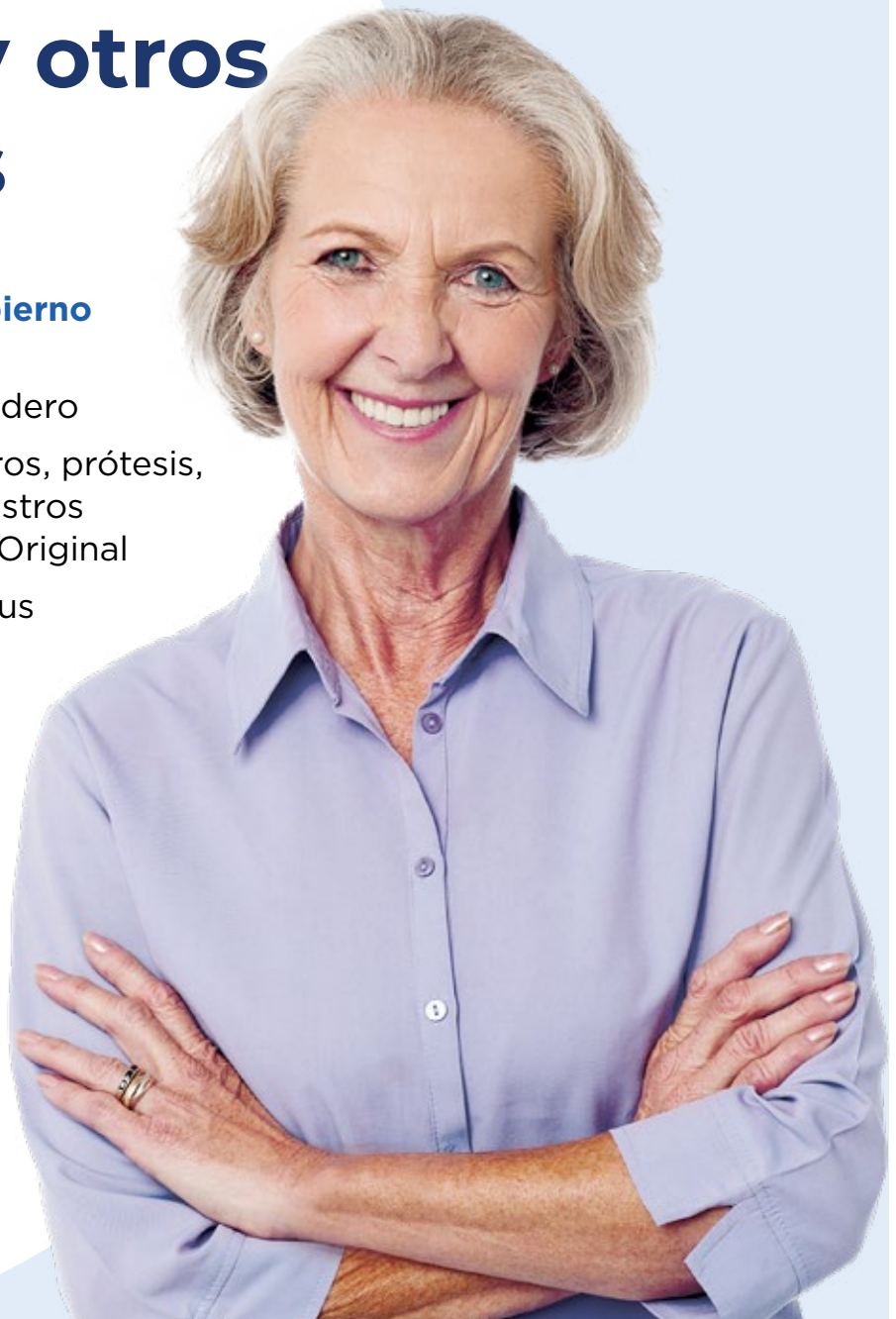


Cobertura Medicare de Equipos Médicos Duraderos y otros Dispositivos

Esta **publicación oficial del gobierno** explica:

- Qué es el equipo médico duradero
- Qué equipos médicos duraderos, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros están cubiertos por Medicare Original
- Dónde obtener respuestas a sus preguntas

es.Medicare.gov



Medicare

Tabla de contenido

Sección 1: ¿Qué es el Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)?	1
Sección 2: ¿Qué cubre Medicare?	7
Sección 3: ¿Cómo sabré si puedo comprar equipo médico duradero (DME) o si Medicare sólo pagará por el alquiler?	11
Sección 4: ¿Cómo paga Medicare al proveedor por el equipo de oxígeno, y suministros relacionados?	13
Sección 5: Definiciones	17
Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS	19
Aviso sobre la discriminación	20





Sección 1:

¿Qué es el Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)?

Acerca de esta publicación

Esta publicación explica la cobertura de DME de [Medicare Original](#) y lo que podría tener que pagar. DME es el equipo médico reutilizable. Incluye elementos como:

- Equipo de oxígeno para el hogar
- Camas de hospital
- Andadores
- Sillas de ruedas

Las palabras en [azul](#) son definidas en las página 17-18.

Acerca de esta publicación (continuación)

Esta publicación también explica la cobertura para:

- Dispositivos protésicos como
 - Suministros para ostomía
 - Catéteres urinarios
 - Ciertos anteojos y lentes de contacto
- Ortesis, como aparatos ortopédicos para
 - Pierna
 - Brazo
 - Espalda
- Miembros artificiales que incluyen
 - Piernas
 - Brazos
 - Ojos

Es importante saber qué cubre Medicare y qué es lo que debe de pagar. Hable con su médico si cree que necesita algún tipo de DME.

¿Si tengo Medicare, ¿puedo obtener el equipo médico duradero (DME)?

Cualquier persona que tenga [Medicare Parte B \(Seguro Médico\)](#) puede recibir el equipo médico duradero (DME) siempre que el equipo sea [médicamente necesario](#).

¿Cuándo Medicare Original cubre el equipo médico duradero (DME)?

La Parte B de Medicare cubre el DME cuando su médico u otro proveedor de atención médica (como una enfermera especializada, un asistente médico o una enfermera clínica especialista) se lo receta para que lo use en su hogar. Un hospital o un hogar de ancianos que le brinda atención cubierta por Medicare no puede calificar como su “hogar” en esta situación. Sin embargo, un centro de atención a largo plazo puede calificar como su hogar.

Nota: Si se encuentra en un centro de enfermería especializada (SNF) como parte de una estadía cubierta por la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital), el centro es responsable de proporcionar cualquier DME que necesite mientras esté en el centro hasta por 100 días.

¿Qué ocurre si necesito equipo médico duradero (DME) y estoy en un plan Medicare Advantage?

Los planes Medicare Advantage deben cubrir las mismas categorías [médicamente necesarias](#) de artículos del DME que [Medicare Original \(Parte A y Parte B\)](#). Sin embargo, los proveedores de los que obtenga su DME y sus costos específicos dependerán del plan Medicare Advantage al que pertenezca.

Si está en un plan Medicare Advantage y necesita un DME, comuníquese con su plan para averiguar si cubrirá el DME. Si su Plan Medicare Advantage no cubre un artículo o servicio de DME que cree que necesita, puede apelar la denegación de cobertura de su Plan Medicare Advantage y obtener una revisión independiente de su solicitud de cobertura.

También puede encontrar una descripción de los costos compartidos de su Plan Medicare Advantage para todos los servicios cubiertos por Medicare, incluidos los beneficios complementarios ofrecidos por su Plan Medicare Advantage, en su documento “Evidencia de Cobertura”.

Si recibe atención domiciliaria o utiliza equipo médico y decide inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage, llame a su nuevo plan lo antes posible para asegurarse de que seguirán cubriendo cualquier artículo o servicio del equipo médico duradero (DME) de Medicare que esté utilizando.

Nota: Si su plan sale de Medicare y está usando equipo médico, como oxígeno o una silla de ruedas, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta del Plan Medicare Advantage y pregunte sobre las opciones de cobertura de DME. Pueden indicarle cómo obtener atención bajo Medicare Original o un nuevo Plan Medicare Advantage.

Si tengo Medicare Original, ¿cómo obtengo el equipo médico duradero (DME) que necesito?

Si necesita DME en su hogar, su médico o proveedor tratante (como una enfermera especializada, un asistente médico o una enfermera clínica especialista) debe recetarle el tipo de equipo que necesita completando una orden. Para algunos equipos, Medicare también puede exigir que su médico proporcione información adicional que documente su necesidad médica del equipo. Su proveedor trabajará para asegurarse de que su médico envíe toda la información requerida a Medicare. Si sus necesidades y/o condición cambian, su médico debe completar y enviar una orden nueva y actualizada.

Si tengo Medicare Original, ¿cómo obtengo el equipo médico duradero (DME) que necesito? (continuación)

Medicare sólo cubre el DME si lo obtiene de un proveedor inscrito en Medicare.

Esto significa que el proveedor ha sido aprobado por Medicare y tiene un número de proveedor de Medicare. Cuando se comunique con un proveedor, asegúrese de preguntar si están de acuerdo en aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo (por lo que pagará menos de su bolsillo).

Visite es.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/ para encontrar un proveedor en su área.

¿Qué preguntas puedo hacer para ayudarme cuando busco un proveedor?

Puede hacer preguntas como estas:

- ¿Es usted un proveedor inscrito en Medicare?
- ¿Acepta la asignación? Para más información, vaya a la página 10.
- Si no acepta la asignación, ¿considerará la asignación en mi caso?
- Si no considera la asignación, ¿cuál es su cargo por no asignación?
- ¿Le facturarán a Medicare por mí?

Un proveedor inscrito en Medicare debe cumplir con estándares estrictos para calificar para un número de proveedor de Medicare. **Si su proveedor no tiene un número de proveedor, Medicare no pagará su reclamo**, incluso si su proveedor es una cadena grande o una tienda por departamentos que vende más que solo DME.

¿Medicare cubre sillas de ruedas y escúteres eléctricos?

Para que Medicare cubra una silla de ruedas o un escúter eléctrico, su médico debe indicar que lo necesita debido a su condición médica. Medicare no cubrirá una silla de ruedas o un escúter eléctrico que sólo necesite y utilice fuera de casa.

La mayoría de los proveedores que trabajan con Medicare son honestos. Sin embargo, hay algunos que no lo son. Por ejemplo, algunos proveedores de equipos médicos intentan engañar a Medicare ofreciendo costosas sillas de ruedas y escúteres eléctricos a personas que no califican para estos artículos.

Para obtener más información sobre la cobertura de Medicare para sillas de ruedas o escúteres eléctricos, visite es.medicare.gov/coverage/wheelchairs-scooters o lea o descargue la hoja informativa “El beneficio de Medicare de sillas de ruedas motorizadas y escúteres” en [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa si mi equipo necesita mantenimiento o reparaciones?

Es importante saber cómo obtener mantenimiento y reparaciones para su equipo médico duradero (DME).

- Si es **propietario** de su equipo, el proveedor que se lo vendió no está obligado a repararlo. Visite es.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/ para encontrar un proveedor que pueda mantener o reparar su equipo.
- Si **alquila** el equipo, su proveedor debe reparar el equipo y mantenerlo en buen estado de funcionamiento en todo momento. Su proveedor debe responder a sus llamadas y dar servicio, reparar o reemplazar los equipos alquilados cuando sea necesario. Si su proveedor no responde a sus solicitudes, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa si mi equipo o suministros se pierden o dañan en un desastre o emergencia?

Si [Medicare Original](#) ya pagó por el (DME) o suministros y son perdidos o dañados debido a una emergencia o desastre:

- En ciertos casos, Medicare cubrirá el costo de reemplazar su equipo o suministros.
- Generalmente, Medicare también cubrirá el costo del equipo prestado para artículos (como sillas de ruedas) durante el tiempo en que su equipo está siendo reparado.

Si usted tiene un [Plan Medicare Advantage](#) u otro plan de Medicare, comuníquese con su plan directamente para averiguar cómo se reemplaza el equipo médico duradero (DME) o los suministros perdidos o dañados en una emergencia o desastre.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE. para obtener más información sobre cómo reemplazar su equipo o suministros.

Sección 1: ¿Qué es el Equipo Médico Duradero (DME)?

NOTAS

[illegible]



Sección 2:

¿Qué cubre Medicare?

Lea las páginas 8–10 para algunos de los artículos que cubre Medicare y cuánto tiene que pagar por ellos. Esta lista no incluye todos los equipos médicos duraderos (DME) cubiertos. Si tiene preguntas sobre si Medicare cubre un artículo en particular, visite es.medicare.gov/ o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si tiene una [Póliza Medigap](#), puede ayudar a cubrir algunos de los costos enumerados en las páginas 8 a 10.

Las palabras en azul son definidas en la página 17-18.

El Equipo Médico Duradero (DME) que cubre Medicare incluye, entre otros:

- Andadores
- Aparatos y accesorios para la apnea del sueño y de presión positiva continua en vía aérea (CPAP)
- Bastones (sin embargo, Medicare no cubre bastones blancos para ciegos)
- Bombas y suministros de infusión (cuando sea necesario para administrar ciertos medicamentos)
- Bombas de succión
- Camas de hospital
- Camas reductoras de presión, colchones y revestimientos de colchones que se utilizan para prevenir las llagas
- Elevadores de pacientes para levantarlo de una cama o silla de ruedas
- Equipos de tracción
- Equipos y accesorios de oxígeno
- Máquina de movimiento pasivo continuo (CPM, por sus siglas en inglés)
- Monitores y suministros de glucosa
- Muletas
- Nebulizadores y algunos medicamentos nebulizadores (si son razonables y necesarios)
- Sillas de ruedas manuales y dispositivos de movilidad eléctrica (sillas de ruedas o escúteres eléctricos necesarios para uso dentro del hogar)
- Sillas inodoro

Lo que usted debe de pagar

Por lo general, usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después de pagar su [deducible](#) de la Parte B de Medicare anual. La cantidad aprobada por Medicare es el menor del cargo real por el artículo o la tarifa que Medicare establece para el artículo.

La cantidad que usted paga puede variar, según el artículo DME. También es posible que pueda alquilar o comprar el equipo.

Prótesis y artículos ortopédicos

Qué cubre Medicare

- Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello (órtesis)
- Extremidades y ojos artificiales
- Prótesis mamarias (incluido un sostén de mastectomía) después de una mastectomía
- Bolsas para ostomía y ciertos suministros relacionados
- Suministros urológicos
- Zapatos o plantillas terapéuticos para personas con diabetes que padecen enfermedades graves del pie relacionadas con la diabetes
 - El médico que trata su diabetes debe certificar su necesidad de calzado o plantillas terapéuticas. Un podólogo u otro médico calificado debe recetar los zapatos y las plantillas. Un médico u otra persona calificada (como un podólogo, ortesista o protesista) debe ajustar y proporcionar los zapatos. [La Parte B de Medicare](#) cubre el suministro y ajuste de un par de zapatos y plantillas moldeados a su medida o un par de zapatos con profundidad extra cada año calendario. Medicare también cubre 2 pares de plantillas adicionales cada año calendario para zapatos moldeados a su medida y 3 pares de plantillas cada año calendario para zapatos con mayor profundidad. Medicare puede cubrir modificaciones de calzado en lugar de plantillas.

Lo que usted debe de pagar

Usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después de pagar su [deducible](#) de la Parte B para el año. Estas cantidades pueden ser diferentes si el proveedor no acepta la asignación. Para obtener más información, vaya a la página 10.

Lentes correctivos

Qué cubre Medicare

Lentes protésicos:

- Anteojos para cataratas (para la afaquia o ausencia del cristalino del ojo)
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto después de cada cirugía con inserción de lente intraocular
- Lentes intraoculares

Importante: Sólo están cubiertos los marcos estándar. Medicare solo pagará los lentes de contacto o anteojos proporcionados por un proveedor inscrito en Medicare, sin importar quién presente el reclamo (usted o su proveedor).

Lentes correctivos (continuación)

Lo que usted debe de pagar

Medicare cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas con una lente intraocular. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** después de pagar el **deducible** de la Parte B anual. Los costos pueden ser diferentes si el proveedor no acepta asignación. Si desea actualizar los marcos, paga cualquier costo adicional.

¿Qué una Asignación?

Asignación significa que su médico o proveedor acepta (o debe hacerlo por ley) la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por los servicios cubiertos.

Si su médico, proveedor o proveedor acepta la asignación:

- Los gastos de su propio bolsillo pueden ser menores.
- Acuerdan cobrarle sólo el deducible y el **coseguro** de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare y, por lo general, esperan a que Medicare pague su parte antes de pedirle que pague su parte.
- Deben enviar su reclamación directamente a Medicare y no pueden cobrarle por hacerlo.

Algunos proveedores no han acordado y/o no están obligados por ley a aceptar la asignación de todos los servicios cubiertos por Medicare, pero aun así pueden optar por aceptar la asignación de servicios individuales. Los proveedores y proveedores que no han aceptado aceptar la asignación de todos los servicios se denominan “no participantes”. Es posible que tenga que pagar más por sus servicios si no aceptan la asignación por la atención que le brindan.



Sección 3:

¿Cómo sabré si puedo comprar equipo médico duradero (DME) o si Medicare sólo pagará por el alquiler?

Si su proveedor está inscrito en Medicare, sabrá si Medicare le permite comprar un tipo particular de DME o simplemente le paga por alquilarlo. Medicare paga la mayoría de los DME mediante alquiler. Medicare solo compra artículos económicos o que se compran habitualmente, como bastones, andadores y monitores de azúcar en la sangre, o sillas de ruedas eléctricas de rehabilitación complejas. Para algunos equipos más caros, como sillas de ruedas y camas de hospital, Medicare paga el alquiler del artículo durante 13 meses de uso continuo. Una vez finalizado el décimo tercer mes de alquiler, el proveedor deberá transferirle la propiedad del equipo.

12 Sección 3: ¿Cómo sabré si puedo comprar equipo médico duradero (DME) o si Medicare sólo pagará por el alquiler?

Compra de equipo

Si **posee** el DME y otros dispositivos cubiertos por Medicare, Medicare también puede cubrir reparaciones y piezas de repuesto. Medicare pagará el 80% de la **cantidad aprobada por Medicare** (hasta el costo de reemplazar el artículo) para reparaciones. Paga el otro 20% restante. Sus costos pueden ser mayores si el proveedor no acepta la asignación.

Nota: El equipo que compre puede ser reemplazado en caso de pérdida, robo, daño irreparable o uso durante más tiempo que la vida útil razonable del equipo, que generalmente es de 5 años a partir de la fecha en que comienza a usar el artículo.

Alquiler de equipos

Si **alquila** el DME y otros dispositivos, Medicare realiza pagos mensuales por el equipo. La duración de los pagos mensuales varía según el tipo de equipo. Los pagos totales de alquiler para artículos baratos o comprados rutinariamente se limitan a la tarifa que Medicare establece para comprar el artículo. Si va a necesitar estos artículos por más de unos meses, puede decidir comprarlos en lugar de alquilarlos. Se realizan pagos mensuales por artículos con servicio frecuente, como ventiladores, siempre y cuando el equipo sea **médicamente necesario**. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar su **deducible** de la Parte B del año. Medicare paga el otro 80%.

El proveedor recogerá el equipo cuando ya no lo necesite. Cualquier costo de reparaciones o piezas de reemplazo para el equipo alquilado es responsabilidad del proveedor. El proveedor también recogerá el equipo alquilado si necesita reparación. No es necesario que devuelva el equipo alquilado al proveedor.

¿Necesito informar a mi proveedor si mis necesidades cambian?

Es posible que deba informarle a su proveedor sobre los cambios en su vida que afectarán cómo y cuándo obtendrá su equipo médico duradero (DME). Informe a su proveedor si:

- Está cambiando de compañía de seguros
- Está cambiando de médico
- Está en el hospital o pronto será ingresado en el hospital
- Está en un asilo de ancianos o pronto será admitido en un asilo de ancianos
- Está viajando
- Se está mudando
- Usted o su contacto secundario ha cambiado su número de teléfono

Si usa oxígeno y necesitará un concentrador de oxígeno portátil para viajar, informe a su proveedor con semanas de anticipación.



Sección 4:

¿Cómo paga Medicare al proveedor por el equipo de oxígeno, y suministros relacionados?

Si tiene Medicare y usa oxígeno, puede alquilar equipos de oxígeno a un proveedor mientras tenga una necesidad médica, pero los pagos por el equipo cesarán después de 36 meses de uso continuo. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar proporcionando equipos de oxígeno y suministros relacionados durante 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionarle equipos y suministros por hasta un total de 5 años, siempre que tenga una necesidad médica de oxígeno.

¿Qué le pago al proveedor? ¿Qué cubre el pago del alquiler?

Los pagos mensuales de renta al proveedor cubren su equipo de oxígeno, y cualquier suministro y accesorio, como tubos o una boquilla, contenido de oxígeno, mantenimiento, servicio y reparaciones. Si usa equipo portátil de oxígeno, se realiza un pago mensual separado además del pago mensual general, que también termina después de 36 meses. En ambos casos, usted paga el 20% de la [cantidad aprobada por Medicare](#) después de pagar su [deducible](#) de la Parte B anual. Medicare paga el otro 80%.

Si utiliza un concentrador de oxígeno o un equipo utilizado para llenar tanques portátiles en su hogar, es posible que deba realizar pagos de coseguro por el mantenimiento y servicio del equipo cada 6 meses si el proveedor viene a su casa para inspeccionar y reparar el equipo. El proveedor no puede cobrarle por este servicio a menos que venga a su casa para inspeccionar y reparar el equipo.

¿Qué sucede con mi equipo de oxígeno y servicios relacionados después de los 36 meses de pagos de alquiler?

Su proveedor debe continuar manteniendo el equipo de oxígeno (en buen estado de funcionamiento) y proporcionarle el equipo y todos los suministros y accesorios necesarios, siempre que los necesite hasta que finalice el período de 5 años. El proveedor no puede cobrarle por realizar estos servicios.

Si utiliza tanques o cilindros de oxígeno que necesiten entrega de oxígeno líquido o gaseoso, Medicare seguirá pagando cada mes por estas entregas luego del período de alquiler de 36 meses. El proveedor que le brinda el equipo durante el último mes del período de alquiler de 36 meses debe proveerle estos elementos, mientras los necesite por razones médicas, durante 5 años. El proveedor es propietario del equipo durante todo el período de 5 años.

Si utiliza un concentrador de oxígeno o un equipo utilizado para llenar tanques portátiles en su hogar, es posible que deba realizar pagos de coseguro por mantenimiento y servicio cada 6 meses si el proveedor visita su hogar para inspeccionar y reparar el equipo. El proveedor no puede cobrarle por este servicio a menos que venga a su casa para inspeccionar y reparar el equipo.

¿Qué pasa con mi equipo de oxígeno después de 5 años?

Si su necesidad médica continúa después del período de 5 años, su proveedor ya no tiene que continuar proporcionándole oxígeno y equipo de oxígeno, y usted puede optar por obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor inscrito en Medicare. Una vez finalizado el antiguo período de 5 años, comienza un nuevo período de pago de 36 meses y un período de proveedor de 5 años.

Mi equipo de oxígeno no me permite moverme como quisiera dentro y/o fuera de mi casa. ¿Qué puedo hacer?

Si su médico determina que su equipo de oxígeno no satisface sus necesidades, puede notificar al proveedor de oxígeno con una nueva carta de necesidad médica. La carta debe explicar sus necesidades de movilidad tanto dentro como fuera de su hogar. Si cambia del uso de oxígeno estacionario a oxígeno portátil, comienza un nuevo período de pago de 36 meses y un nuevo período de proveedor de 5 años una vez que expire el contrato de 5 años para el oxígeno estacionario.

¿Qué pasa si el equipo que tengo ya no es efectivo para mí?

Si su médico decide que su equipo de oxígeno ya no es efectivo para usted, puede notificar al proveedor de oxígeno con una nueva carta de necesidad médica para equipos diferentes. El proveedor de oxígeno debe proporcionarle el equipo que se ajuste a sus necesidades.

¿Qué pasa si mi proveedor de oxígeno me dice que ya no me proporcionará oxígeno líquido?

Si su proveedor le informa que dejará de suministrar su tratamiento recetado, y aún no finalizó su contrato de cinco años, usted puede:

- Pedirle al proveedor de oxígeno que notifique sus intenciones por escrito.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para presentar una queja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Puede mi proveedor de oxígeno decidir cambiar los términos de mi contrato para mi equipo o la cantidad de tanques que recibo cada mes?

Su proveedor no puede cambiar el tipo de equipo o la cantidad de recargas de tanque que recibe a menos que su médico ordene un cambio. Su proveedor de oxígeno debe proporcionarle todos sus equipos y suministros de oxígeno, incluidos todos los recambios de tanques necesarios.

Si viajo en avión, ¿se requiere que mi proveedor de oxígeno proporcione un concentrador de oxígeno portátil?

Su proveedor de oxígeno no está obligado a proporcionarle un concentrador de oxígeno portátil aprobado por la aerolínea y Medicare no pagará el oxígeno relacionado con los viajes aéreos. Es posible que pueda alquilar un concentrador de oxígeno portátil a su proveedor si le avisa con varias semanas de antelación a la fecha de su viaje. Además, los alquileres están disponibles a través de empresas en línea que trabajan con la mayoría de las aerolíneas. Estas empresas pueden facilitarle la documentación necesaria para su viaje.

¿Qué pasa si estoy fuera de casa por un período prolongado o me mudo a otra área durante el período de 36 meses?

Si viaja fuera de casa por un período prolongado (varias semanas o meses) o se muda permanentemente a otra área durante el período de alquiler de 36 meses, consulte con su proveedor actual si pueden ayudarle a encontrar un proveedor en la nueva área. Si su proveedor no puede ayudarlo a encontrar un proveedor de oxígeno en el área donde visita o se muda, visite es.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/ o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué pasa si estoy fuera de casa por un período prolongado o me mudo a otra área después del período de 36 meses?

Si viaja o se muda después de que finalice el período de alquiler de 36 meses, su proveedor es responsable de asegurarse de que tenga oxígeno y equipo de oxígeno en la nueva área. El proveedor no puede cobrarle por el equipo de oxígeno después del mes 36, incluso en estas situaciones.

Su proveedor puede hacer arreglos para que usted obtenga oxígeno y equipos de oxígeno de un proveedor diferente en su nueva área. Para obtener más información, visite es.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/ o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué pasa si mi proveedor se niega a seguir ofreciendo el equipo de oxígeno y servicios relacionados según lo exige la ley?

Si su proveedor no cumple con las leyes y reglas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE. Un representante de atención al cliente derivará su caso al área correspondiente.



Sección 5:

Definiciones

Cantidad aprobada por Medicare— La cantidad del pago que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga su parte y usted paga su parte de esa cantidad.

Centro de Enfermería Especializada (SNF)— Un centro de enfermería especializada con el personal y equipo para dar atención de enfermería especializada y en la mayoría de los casos, los servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Coseguro— Una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar los deducibles. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 20%) para la Parte B).

Copago— Una cantidad que se le puede requerir que pague como su parte del costo de los beneficios después de pagar cualquier deducible. Un copago es una cantidad fija, como \$30.

Deducible— La cantidad que usted debe pagar por servicios de salud o medicamentos, antes de que Medicare Original, Medicare Advantage, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Medigap— Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir “brechas” en la cobertura de Medicare Original.

Medicare Original— Un programa de seguro médico de pago por servicio que consta de 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Cuando recibe servicios, pagará un deducible al comienzo de cada año y, por lo general, pagará el 20 % del costo del servicio aprobado por Medicare, llamado coseguro.

Necesario por razones médicas— Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Parte A de Medicare (seguro de hospital)— La Parte A ayuda a cubrir hospitalizaciones, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos cuidados de salud en el hogar.

Parte B de Medicare (seguro médico)— La Parte B ayuda a cubrir los servicios de médicos y otros proveedores de atención médica y la atención ambulatoria, equipo médico duradero, atención médica domiciliaria y muchos servicios preventivos.

Plan Medicare Advantage (Parte C)— Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Los planes Medicare Advantage brindan todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B, con algunas exclusiones, por ejemplo, ciertos aspectos de los ensayos clínicos que están cubiertos por Medicare Original, aunque todavía esté en el plan.

Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes Privados de Pago-por-Servicio
- Planes para Necesidades Especiales
- Planes de cuentas de ahorro médico de Medicare

Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan
- La mayoría de los servicios de Medicare no los paga Medicare Original
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados

Plan de salud de Medicare— Planes ofrecidos por compañías privadas que tienen contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A, la Parte B y, en muchos casos, la Parte D. Incluye planes Medicare Advantage y otros tipos de cobertura (como planes de costos de Medicare, programas PACE y programas piloto/de demostración).

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

1. Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. Envíenos un correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. Envíenos un fax: 1-844-530-3676

4. Enviar una carta a:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

Nota: Si está inscrito en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal de asistencia médica de Medicaid.

Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo, o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

1. En línea:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

2. Por teléfono:

Llame 1-800-368-1019.

Usuarios TTY pueden llamar 1-800-537-7697.

3. Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE
LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Blvd.

Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial

Penalidad por uso privado, \$300

Need a copy of this booklet in English?

To get a free copy of this booklet in English, visit

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

TTY users can call 1-877-486-2048.



Medicare

La información contenida en este folleto describe el Programa Medicare en el momento en que se imprimió. Pueden ocurrir cambios después de la impresión. Visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

La “Cobertura Medicare de Equipos Médicos Duraderos y otros Dispositivos” no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.