



CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



Cobertura Medicare de Equipo Médico Duradero y Otros Dispositivos

**Esta publicación oficial del
gobierno explica...**

- ★ Qué es el equipo médico duradero
- ★ Qué equipo médico duradero está cubierto por Medicare
- ★ Dónde obtener respuestas a sus preguntas



¿Necesita equipo médico duradero u otros tipos de equipo médico? Medicare puede ayudarle.

Esta publicación explica la cobertura de **equipo médico duradero**, **prótesis**, **equipo ortopédico y suministros** en Medicare (también conocido como “pago por servicio”) y lo que usted probablemente tuviera que pagar. El equipo médico duradero incluye:

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

Este folleto también explica también explica la cobertura para el equipo protésico (marcapasos cardíacos, equipo para la nutrición enteral, y lentes protésicos), dispositivos ortopédicos (pierna, cuello, y abrazaderas de espalda) y prótesis (piernas, brazos, y ojos artificiales).

Es importante saber que equipo médico duradero cubre Medicare y averiguar cuánto tendrá que pagar usted. Hable con su médico si cree que necesita algún tipo de equipo médico duradero para mejorar su salud.

Si después de leer esta publicación tiene preguntas sobre costos o cobertura del equipo médico duradero puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11–12.

Nota: La información de esta publicación era correcta cuando se realizó su impresión. Puede que haya habido cambios después de la impresión. Para obtener información actualizada, vaya a www.medicare.gov o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un representante de servicio al cliente le dirá si la información ha sido actualizada. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Tabla de Contenido

¿Qué es el equipo médico duradero?	3
¿Quién puede recibir equipo médico duradero?	3
¿Está cubierto el equipo médico duradero por Medicare?	3
¿Qué ocurre si necesito equipo médico duradero y estoy inscrito en un Plan de Medicare Advantage?	3-4
¿Qué debo hacer para obtener el equipo médico duradero que necesito?	4-5
Sillas de ruedas eléctricas y motorizadas	5
¿Qué equipos están cubiertos y cuál es el costo?	6-7
¿Qué es la “asignación” en el Medicare Original y por qué es importante?	8
¿Cómo sabré si puedo comprar o alquilar el equipo médico duradero?	8-9
Equipo de alquiler con límite máximo	9-10
Para más información	11
Números de teléfono de las Empresas de Seguros Regionales de Equipo Médico Duradero	
Palabras que debe conocer	11-12
(Definición de las palabras en rojo)	

La publicación “Cobertura Medicare de Equipo Médico Duradero” no es un documento legal. Las disposiciones oficiales sobre el Programa Medicare están contenidas en las leyes, reglamentos y resoluciones correspondientes.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 11–12.

¿Qué es el equipo médico duradero?

Equipo médico duradero es equipo médico reusable como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

¿Quién puede recibir equipo médico duradero?

Todo beneficiario que tenga la Parte B de Medicare puede recibir equipo médico duradero siempre que éste sea necesario por razones médicas.

¿Está cubierto el equipo médico duradero en el Plan Original de Medicare?

La Parte B de Medicare cubre el equipo médico duradero que haya sido recetado por su médico para uso en el hogar. Es posible que Medicare exija a su médico (enfermera, asistente del médico o enfermera clínica especializada) que lo examine antes que reciba el equipo médico. Un hospital o un asilo de ancianos que ofrezca principalmente atención especializada, no es considerado como su “hogar” para este propósito.

Nota: Si usted está en un centro de enfermería especializada y el centro le ofrece el equipo médico duradero, entonces el centro será responsable por el equipo.

¿Qué ocurre si necesito equipo médico duradero y estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage?

Los Planes Medicare Advantage (como un HMO o PPO) deben cubrir los mismos servicios y suministros que Medicare. Sus costos dependerán del plan que usted elija y pueden que los servicios cuesten menos que los de Medicare.

¿Qué ocurre si necesito equipo médico duradero y estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage? (continuación)

Si usted recibe cuidado de salud en el hogar o está usando equipo médico y decide inscribirse en un nuevo **Plan Medicare Advantage**, debe comunicarse rápidamente con el plan a la brevedad y pedir hablar con la gerencia. Ellos le informarán si el equipo médico está cubierto y cuánto costará. Si usted regresa a **Medicare**, debe decirle a su proveedor que envíe la factura directamente a Medicare después de la fecha en que la cobertura de su Plan Medicare Advantage haya terminado.

Nota: Si su plan se retira del programa Medicare y usted está usando equipo médico como oxígeno o una silla de ruedas, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta Medicare Advantage. Pida hablar con la gerencia. Ellos le explicarán cómo obtener atención médica ya sea de Medicare o en un nuevo Plan Medicare Advantage.

¿Qué debo hacer para obtener el equipo médico duradero que necesito?

Para obtener el equipo médico duradero que necesita, usted debe:

- visitar a su médico y
- tratar con un proveedor inscrito en Medicare.

Si necesita **equipo médico duradero**, su médico (o, si lo autoriza Medicare, una enfermera, la asistente del médico o una enfermera clínica especializada) debe recetar el tipo de equipo que necesita usar en su hogar. Para algunos equipos, Medicare exige que su médico o el personal del consultorio médico complete un formulario especial y lo envíe a Medicare para su aprobación. A este proceso se lo conoce como **Certificado de Necesidad Médica**. Su proveedor trabajará con su médico para asegurarse que toda la información necesaria sea enviada a Medicare. Si la orden del médico o su estado de salud cambia, el médico debe completar y enviar un nuevo certificado.

La tabla en la página 6 muestra los suministros que necesitan un Certificado de Necesidad Médica.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11–12.

¿Qué debo hacer para obtener el equipo médico duradero que necesito? (continuación)

Para obtener el **equipo médico duradero** que necesita, debe ir a un proveedor participante o a un suplidor inscrito. **Para que Medicare pague por el equipo médico duradero, usted debe ir a un proveedor inscrito en el Programa Medicare.** Para localizar a un proveedor inscrito en Medicare vaya a www.medicare.gov y seleccione “Directorio de Proveedores”. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

El suplidor inscrito en Medicare tendrá asignado un número de suplidor. Los proveedores deben cumplir con estándares estrictos para obtener un número de proveedor de Medicare. **Si su proveedor no tiene dicho número, Medicare no pagará la reclamación** aún si su proveedor pertenece a una gran cadena o tienda por departamentos que no solo vende equipo médico duradero.

Sillas de ruedas eléctricas y motorizadas

Para que Medicare cubra una silla de ruedas eléctrica o motorizada, su médico debe expresar que usted lo necesita por razones médicas (debido a su estado de salud). Medicare no cubrirá la silla de ruedas eléctrica o motorizada que se use para otros fines o por simple conveniencia. La mayoría de los proveedores que trabajan con Medicare son honestos. Hay unos pocos que no lo son. Medicare está haciendo el esfuerzo junto con las agencias gubernamentales para protegerlo y proteger al Programa Medicare de los proveedores deshonestos.

Para más información sobre la cobertura Medicare de sillas de ruedas eléctricas y motorizadas, obtenga una copia gratis de la “Protección Medicare del Beneficio de Sillas de Ruedas Eléctricas y Motorizadas” en www.medicare.gov (seleccione “Publicaciones”). También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué equipos están cubiertos y cuál es el costo?

La tabla a continuación y la página 7 muestran los equipos cubiertos por Medicare y cuánto debe pagar por ellos. Esta lista no incluye todo el **equipo médico duradero**. Para saber si el equipo está cubierto por Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted tiene una **póliza Medigap**, quizá le ayude a pagar algunos de los costos.

Equipo Médico Duradero	
Lo que cubre Medicare	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Andadores • Bastones (excepto los bastones blancos para ciegos) • Bombas de infusión y algunas de las medicinas que se usan en ellas * • Bombas de succión • Bombas para linfodema/dispositivos de compresión neumática * • Camas de hospital • Camas terapéuticas de aire • Elevadores de pacientes * • Equipo de tracción • Estimuladores de crecimiento óseo (osteogénesis imperfecta) * • Estimuladores eléctricos del sistema nervioso central (TENS por sus siglas en inglés) * • Inodoros portátiles • Monitores de glucosa • Muletas • Nebulizadores y algunas de las medicinas que se usan en ellos (siempre sea necesario y razonable) • Sillas de ruedas • Suministros y equipo de oxígeno para el hogar • Vehículos eléctricos (POV por sus siglas en inglés) o motorizados • Ventiladores o dispositivos de ayuda respiratoria 	<p>Generalmente, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B (\$135 en el 2008). Medicare paga el otro 80%. La cantidad aprobada por Medicare es la más baja del costo del equipo o de la tarifa establecida por Medicare para ese artículo. Sin embargo, su costo puede variar porque Medicare paga equipos distintos de manera diferente. Usted podría alquilar o comprar el equipo.</p>

* Para recibir este equipo, primero debe pedir un **Certificado de Necesidad Médica** (ver la página 4).

¿Qué equipos están cubiertos y cuál es el costo? (continuación)

Lentes, prótesis y artículos ortóticos	
Lo que cubre Medicare	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos para cataratas, lentes de contacto, o lentes intraoculares después de una operación de cataratas. <p>Un oftalmólogo u optometrista autorizado para brindar estos servicios en su estado puede proveerle estos artículos.</p> <p>Importante: Solo están cubiertos los marcos estándares (de anteojos). Los anteojos y lentes para cataratas están cubiertos aún si usted se operó de cataratas antes de inscribirse en Medicare. Puede que se cubran los lentes para ambos ojos incluso si usted solo se operó uno.</p>	<p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una operación de cataratas con lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B de \$135 en el 2008. Medicare paga el 80% restante. Los costos podrían variar si el proveedor no acepta la asignación de Medicare (ver la página 8). Si quiere comprar marcos para anteojos de mejor calidad, debe pagar un costo adicional.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos para brazos, piernas, espalda y cuello • Dispositivos de ostomía para personas que han tenido una colostomía, ileostomía u ostomía urinaria. Medicare cubre los suministros indicados por su médico por razones médicas. • Ojos y miembros artificiales • Prótesis para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función. • Prótesis para senos (incluso sostenes quirúrgicos) después de una mastectomía. • Zapatos terapéuticos o plantillas para personas con diabetes y que padecen de una enfermedad grave de los pies provocada por la diabetes. <p>El médico que trata su diabetes debe certificar que usted necesita zapatos o plantillas terapéuticas. Un podólogo, podiatra o un médico calificado deben recetarlos. El médico o un individuo calificado en ortopedia o prótesis debe tomarle las medidas y proporcionarle los zapatos. Medicare ayuda a pagar por un par de zapatos terapéuticos y plantillas al año. Puede que las modificaciones a los zapatos sean sustituidas por plantillas.</p>	<p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el deducible anual de la Parte B (\$135 en el 2008). Medicare paga el otro 80%. Estas cantidades pueden ser distintas si el proveedor no acepta la asignación de Medicare (ver la página 8).</p>

¿Qué es la "asignación" en el Medicare Original y por qué es importante?

La “**asignación**” es un acuerdo entre Medicare y los médicos, otros proveedores de cuidado de la salud y suplidores de equipo médico y suministros (equipo médico duradero y artículos ortóticos). Los médicos, proveedores y suministradores que aceptan la asignación, aceptan la **cantidad aprobada por Medicare** como pago total por el servicio. Usted paga el **coseguro** (generalmente el 20% de la cantidad aprobada) y el **deducible**.

Si el proveedor acepta la asignación, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de pagar el **deducible** anual de la Parte B de \$135 en el 2008. Medicare paga el 80% restante. A los proveedores que aceptan la asignación para el pago de las reclamaciones por equipo médico duradero se les conoce como “proveedores participantes”.

Si un proveedor de **equipo médico duradero** no acepta la asignación, **no hay límite para lo que puedan cobrar**. Quizá usted tenga que pagar el total de la cuenta (su parte y la de Medicare) en el momento en que recibe el equipo. El proveedor enviará la cuenta a Medicare. Entonces, Medicare le reembolsará la parte de pago que corresponde a Medicare. Para más información llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Pregunte a su proveedor si participa en Medicare antes de recibir el equipo médico duradero. Si es un proveedor participante, **debe** aceptar la asignación. Si el proveedor está inscrito en Medicare pero no es “participante”, tiene la opción de aceptar la asignación. Si el proveedor no está inscrito, Medicare **no** pagará la reclamación.

Las palabras en **rojo** se definen en las páginas 11–12.

¿Cómo sabré si puedo comprar o alquilar el equipo médico duradero?

Si su proveedor está inscrito en Medicare, podrá decirle si Medicare le permite comprar o alquilar el **equipo médico duradero**. Medicare cubre la mayoría del equipo médico duradero en alquiler. El pago para la compra del equipo solo es autorizado para artículos baratos y los que se compran rutinariamente, por ejemplo: bastones, sillas de ruedas eléctricas y en algunos casos aislados, artículos específicamente hechos para usted.

¿Cómo sabré si puedo comprar o alquilar el equipo médico duradero? (continuación)

Compra de equipo médico

Si usted compra el **equipo médico duradero** aprobado por Medicare, quizá Medicare también cubra su reparación y las partes de repuesto. Medicare pagará el 80% de la cantidad aprobada para la compra del artículo. Medicare también pagará el 80% de la cantidad aprobada (hasta lo que cueste reemplazar el equipo) por reparaciones. Usted paga el 20% restante. Sus costos pueden ser más elevados si el proveedor no acepta la **asignación** de Medicare.

Nota: El equipo que usted compra podría ser reemplazado si se pierde, ha sido robado, se ha dañado y no puede repararse, o se ha usado más del tiempo de duración razonable.

Alquiler del equipo médico

Si usted **alquila** el equipo médico duradero, Medicare hará pagos mensuales por el uso del equipo; sin embargo, las normas sobre el tiempo durante el cual se realizarán los pagos mensuales varía según el equipo. El total de pagos por alquiler de artículos baratos o que se utilizan rutinariamente está limitado a la tarifa establecida por Medicare para la compra del artículo. Si llegara a necesitar estos artículos por un período prolongado, quizá le convenga comprarlos en lugar de alquilarlos. Los pagos mensuales por oxígeno y equipo para oxígeno así como artículos utilizados frecuentemente, como respiradores, se realizarán siempre que sean **necesarios por razones médicas**. Los reglamentos sobre los pagos para el alquiler de equipo llamado “**artículos de alquiler con límite máximo**” se detallan a continuación. Medicare pagará el 80% de la cantidad mensual aprobada, por el uso del artículo. Usted pagará el 20% después de haber pagado el deducible de la Parte B de \$135 en el 2008.

El proveedor recogerá el equipo cuando usted ya no lo necesite. Los costos de reparación o de partes de repuesto del equipo de alquiler son responsabilidad del proveedor, quien también recogerá el equipo de su casa cuando necesite reparación. Usted no tiene que llevar el equipo alquilado a su proveedor.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 11–12.

Artículos de alquiler con límite máximo

Para ciertos tipos de **equipo médico duradero**, como sillas de ruedas o camas de hospital, Medicare pagará por el alquiler el equipo por un máximo de 13 meses. Después de los 13 meses, el equipo es suyo. Una vez que usted sea dueño del equipo, Medicare hará pagos por servicios según sea necesario, y mantenimiento razonable y necesario, de su equipo. Si su médico le ofrece un **artículo de alquiler con límite máximo** (como un nebulizador o una silla de ruedas manual), y usted decide comprarlo sin haberlo alquilado primero por 13 meses, Medicare no pagará por ninguna parte del costo. La única excepción a sillas de ruedas motorizadas o eléctricas, que usted puede comprar en cuanto empiece a usar el equipo. Medicare pagará el 80% del costo.

Si usted alquila equipo de oxígeno, Medicare pagará hasta 36 meses de alquiler. Después de los 36 meses, su proveedor está obligado a seguir suministrando el equipo por el tiempo que sea médicamente necesario. Después de los 36 meses, Medicare también pagará por el contenido de oxígeno gaseoso o líquido de su equipo de oxígeno.

Palabras que debe saber

Artículos de alquiler con límite máximo—Equipo médico duradero (como nebulizadores o sillas de ruedas manuales) que cuestan más de \$150 y el proveedor se lo alquila a las personas con Medicare más del 25% del tiempo.

Asignación—Un contrato entre un médico, un proveedor de servicios de salud y un suplidor de equipo médico aceptan la tarifa fijada por Medicare como pago total.

Cantidad aprobada por Medicare—El pago aprobado por Medicare para un servicio médico cubierto. Es la cantidad que Medicare paga y cualquier deducible, copago, u copago que usted pague. La cantidad aprobada por Medicare es equivalente a la cantidad más baja del costo real o a una cantidad fija determinada por Medicare.

Certificado de necesidad médica—Un formulario exigido por Medicare que le autoriza el uso de cierto equipo médico duradero recetado por su médico o personal del consultorio médico.

Coseguro—El porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare que usted debe pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y Parte B. En el plan Original de Medicare, el coseguro es un porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare para el servicio (como el 20% de los servicios de la Parte B).

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por su cuidado de salud antes que Medicare comience a pagar la parte que le corresponde. Puede ser por período de beneficio de la Parte A o el deducible anual de la Parte B. Estas cantidades pueden variar cada año.

Elevadores para pacientes—Equipo para mover a los pacientes de la cama o de la silla de ruedas, utilizando su fuerza o un motor.

Equipo médico duradero—Equipo médico recetado por un médico (o, si lo autoriza Medicare, recetado por una enfermera, la asistente del médico o una enfermera clínica especializada) para ser usado en el hogar. Un hospital o un asilo de ancianos que ofrece cuidado especializado, no son considerados como “hogar” para este propósito. Este equipo (como andadores, sillas de ruedas y camas de hospital) debe ser reutilizable.

Palabras que debe saber

Medicare—Medicare consiste de dos partes: La Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). Es un plan de salud de pago por servicio. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Nebulizadores—Equipo que suministra medicamento en forma de vapor a los pulmones.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros que son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su problema de salud.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Los Planes Medicare Advantage son los HMO, PPO, PFFS, Planes para Necesidades Especiales o Planes de Cuenta de Ahorros Médicos. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no los paga el Medicare Original.

Póliza Medigap—Una póliza de seguro complementaria a Medicare vendida por una empresa de seguros privada para completar las faltas de cobertura de Medicare. Excepto en Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, hay doce pólizas estandarizadas llamadas planes A hasta la J. Las pólizas Medigap sólo funcionan con Medicare.

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial

Penalidad por uso privado \$300

CMS Publicación No. 11045-S

Revisada en julio 2008



Mi Salud.
Mi Medicare.

To get this publication in English, call
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
TTY users should call 1-877-486-2048.

Para obtener este folleto en inglés, llame GRATIS
al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los
usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán
llamar al 1-877-486-2048.