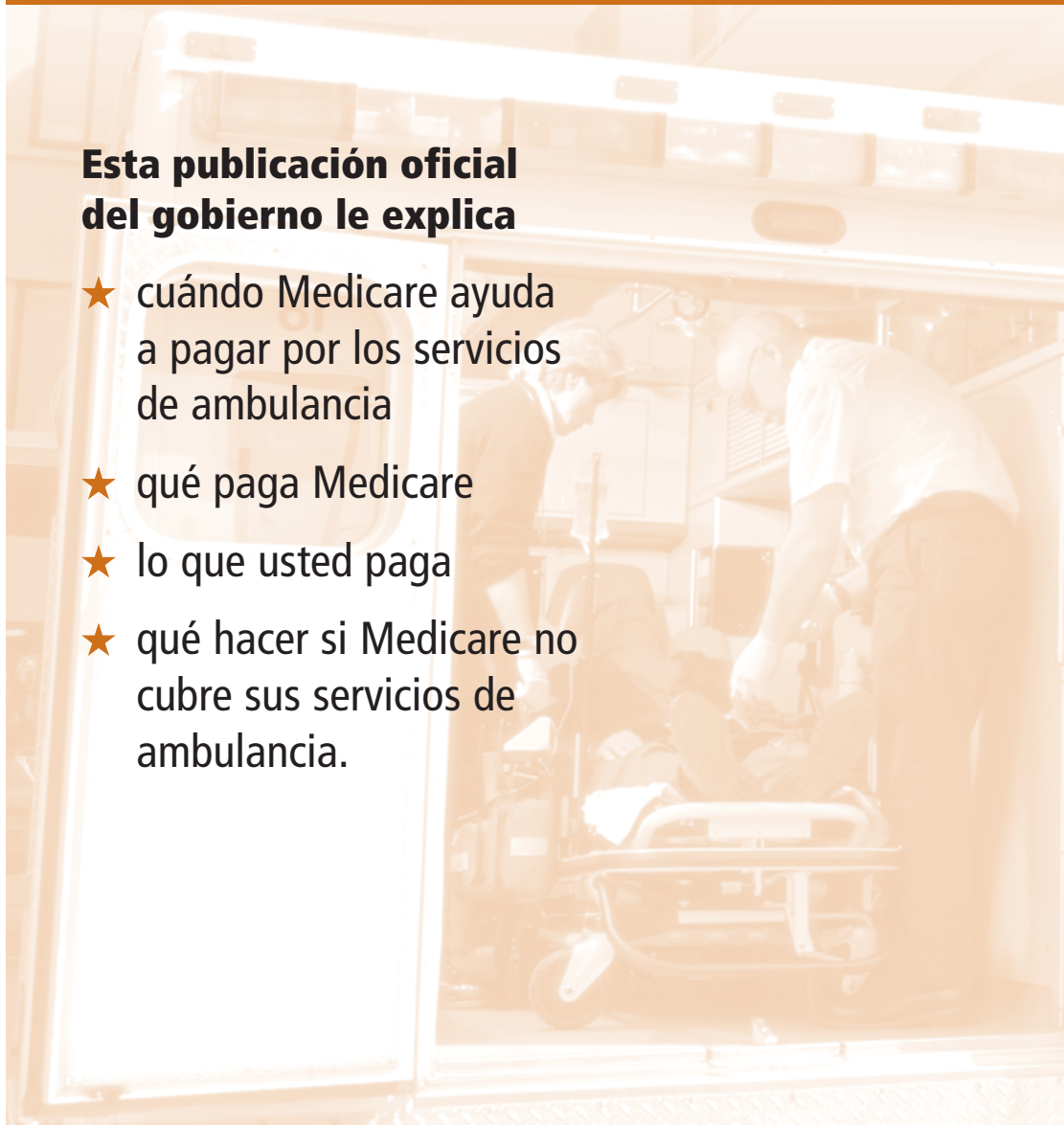


La Cobertura de Medicare de los Servicios de Ambulancia



Esta publicación oficial del gobierno le explica

- ★ cuándo Medicare ayuda a pagar por los servicios de ambulancia
- ★ qué paga Medicare
- ★ lo que usted paga
- ★ qué hacer si Medicare no cubre sus servicios de ambulancia.



Contenido

Introducción	1
La Cobertura de Medicare de los Servicios de Ambulancia	
Transporte de emergencia en ambulancia	2
Transporte en ambulancia cuando no es una emergencia	3
¿Cuánto paga Medicare?	4
¿Cuánto le corresponde pagar a usted?	4
¿Cómo averigua si Medicare no pagó por su servicio de ambulancia?	4
Derechos y Protecciones Medicare	
Qué puede hacer si Medicare no paga por un viaje en ambulancia que usted piensa que debería pagar?	5
Qué ocurre si Medicare insiste en no pagar?	6
Para Más Información	7
Las Palabras que Debe Conocer (definición de las palabras en color marrón)	8–9

Importante: La información de este manual era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan hecho cambios después de la impresión. Para obtener la información actualizada, visite [ww.medicare.gov](http://www.medicare.gov), en “Herramientas de búsqueda” seleccione “Buscar una publicación de Medicare”. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y un representante de servicio al cliente le dirá si la información ha sido actualizada. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

La publicación “La cobertura de Medicare de los servicios de ambulancia” No es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Introducción

La información de esta publicación es para las personas en el Plan Original de Medicare.

Esta publicación explica la cobertura de Medicare de los servicios de ambulancia si está inscrito en el **Plan Original de Medicare**. Este plan es un plan de pago-por-servicio. Lo que significa que le cobran una tarifa por cada servicio médico o suministro que usted reciba. El Plan Original de Medicare, administrado por el gobierno federal, está disponible en toda la nación. Si está inscrito en este plan, cada vez que reciba un servicio usará su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul.

Si no está inscrito en el Plan Original de Medicare, lea los documentos de su plan para averiguar si cubre los servicios de ambulancia.

Si está inscrito en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO) u otro plan de Medicare, tal vez se apliquen normas diferentes, pero su plan debe ofrecerle al menos la misma cobertura que le ofrece el Plan Original de Medicare. Sus costos, derechos, protecciones y/o sus opciones sobre dónde obtiene su atención médica pueden ser distintos si está inscrito en uno de estos planes. También podría obtener beneficios adicionales. Lea los documentos del plan o llame a su administrador de beneficios si desea más información.

Es importante que sepa cuáles son los servicios médicos por los que Medicare ayuda a pagar. Usted recibe todos los servicios cubiertos por Medicare a través de las Partes A y B de Medicare. Si necesita más información sobre Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted” que le envían por correo cada otoño. Puede solicitar una copia llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4427). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede leer o imprimir una copia de este manual en www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”.

Las palabras en color **marrón** están definidas en las páginas 8–9.

La Cobertura de Medicare de los Servicios de Ambulancia

La Parte B de Medicare cubre los servicios de la ambulancia hacia o desde un hospital o **centro de enfermería especializada** sólo cuando cualquier otro tipo de transporte podría poner en riesgo su salud. Además, puede llevarlo desde su casa o a veces desde un centro médico para el tratamiento de un problema de salud cuyo traslado sólo puede hacerse en ambulancia.

Transporte de emergencia en ambulancia

El transporte en ambulancia cuando se trata de una emergencia se brinda cuando usted tuvo una emergencia médica repentina, cuando está en peligro grave y cuando cada segundo cuenta para evitar que su salud empeore. Por ejemplo, usted podría ser trasladado de emergencia en una ambulancia si:

- tiene mucho dolor, está sangrando, tiene conmoción (en shock) o está inconsciente,
- necesita estar restringido físicamente para evitar que se lastime o que lastime a otros, o
- necesita oxígeno u otro tipo de tratamiento especializado durante el traslado.

Estos son sólo ejemplos de situaciones en las que Medicare pagará por el traslado en ambulancia. La cobertura dependerá de la gravedad de su problema médico y de si puede o no ser trasladado sin riesgo en otro medio de transporte.

Medicare sólo pagará por los servicios de la ambulancia hasta el centro médico apropiado más cercano en el que puedan brindarle la atención que necesita. Si usted quiere ser trasladado a un centro más alejado, Medicare sólo pagará hasta el centro más cercano. Si no hubiese un centro local que pueda brindarle el cuidado que usted necesita, Medicare ayudará a pagar por el traslado a un centro médico fuera de su zona.

Transporte aéreo

Medicare pagará por el traslado de emergencia en un avión o helicóptero si su salud requiere un traslado inmediato y rápido en ambulancia que no pueda hacerse por servicio terrestre.

La Cobertura de Medicare de los Servicios de Ambulancia

Transporte en ambulancia cuando no es una emergencia

El traslado en ambulancia cuando no se trata de una emergencia se brinda cuando usted necesita un medio de transporte hacia un centro para el diagnóstico o tratamiento de un problema de salud, y no puede trasladarse de otro modo. Usted debe tener una orden de su médico o proveedor de servicios de la salud para que Medicare pague por el transporte en ambulancia cuando no sea una emergencia.

En algunos casos, Medicare cubre en forma limitada los servicios de ambulancia cuando no se trata de una emergencia si usted se encuentra postrado en una cama y tiene una orden del médico en la que indica que necesita por razones médicas ser trasladado en ambulancia. Aun si no está postrado en su cama, en ciertos casos, Medicare puede pagar por el viaje en ambulancia si no es una emergencia, siempre que tenga una orden de su médico.

Las palabras en color **marrón** están definidas en las páginas 8–9.

Si la empresa de ambulancias cree que Medicare no pagará por el servicio que no es de emergencia, puede solicitarle que firme el Aviso al Beneficiario por Anticipado (ABN por su sigla en inglés), donde deberá escoger una opción, marcar el casillero correspondiente y firmar el ABN. Al firmarlo, usted se hace responsable del pago del costo del traslado si Medicare no lo paga.

Si se niega a firmar el ABN, la empresa de ambulancias es la que decidirá si le brinda o no el servicio. Si la empresa decide llevarlo aun después de que usted se haya negado a firmar el ABN, puede que usted tenga que pagar por el costo del traslado si Medicare no lo paga. Sin embargo, si Medicare no paga el servicio y usted piensa que debería pagarlo, puede apelar la decisión. Para apelar la denegación de pago usted tiene que haber recibido el servicio.

Consulte las páginas 5–6 para averiguar sobre sus derechos de apelación.

Si se trata de una emergencia, no le pedirán que firme un ABN (vea la página 2).

La Cobertura de Medicare de los Servicios de Ambulancia

¿Cuánto paga Medicare?

Si Medicare cubre su traslado en la ambulancia, pagará el 80% de la cantidad aprobada por Medicare después de que usted haya pagado el deducible anual de la Parte B (\$131 en el 2007). El pago de Medicare puede ser distinto si usted recibe el servicio de una empresa de ambulancias de un hospital.

¿Cuánto le corresponde pagar a usted?

Si Medicare cubre su traslado en la ambulancia, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de que haya pagado el deducible anual de la Parte B (\$131 en el 2007).

En la mayoría de los casos, la empresa de ambulancias no puede cobrarle más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Sin embargo, lo que a usted le corresponde pagar podría ser distinto si recibe el servicio de una empresa de ambulancias de un hospital. Todas las empresas de ambulancias deben aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total.

¿Cómo averigua si Medicare no pagó por su servicio de ambulancia?

Usted recibirá un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) del Contratista Administrativo de Medicare (MAC por su sigla en inglés)* (la compañía que se encarga de la facturación de Medicare). El Resumen le explicará por qué Medicare no pago por su traslado en ambulancia.

Por ejemplo, si usted decide no ir al centro u hospital más cercano a su domicilio sino a uno más alejado, el resumen indicará:

“El pago por el transporte en ambulancia sólo está autorizado hacia el centro médico apropiado más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.”

O, si usa la ambulancia para trasladarse de un centro a otro más cercano a su domicilio, el aviso indicará:

“El transporte en ambulancia hacia un centro para estar más cerca de su casa o de su familia no está cubierto.”

Estos son algunos ejemplos de lo que podría leer en su Resumen de Medicare. Las explicaciones dependerán de su situación. Llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre lo que paga Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

* Los Contratistas Administrativos de Medicare se harán cargo gradualmente de la facturación de las Partes A y B. En algunas zonas del país, los Intermediarios Fiscales siguen siendo quienes procesan las facturas de la Parte A y las Empresas de Seguro de Medicare las de la Parte B.

Los Derechos y Protecciones Medicare

¿Qué puede hacer si Medicare no paga por un viaje en ambulancia que usted piensa que debería pagar?

Usted o alguna persona de su confianza deben leer el MSN atentamente así como cualquier otro documento sobre la factura por el servicio de ambulancia. Tal vez encuentre errores que pueden ser corregidos. También puede llamar al Contratista Administrativo de Medicare (MAC), la empresa encargada de la facturación de la Parte B, para obtener una explicación más detallada sobre la denegación de pago de Medicare.

Al leer el MSN y cualquier otro documento, tal vez entienda que Medicare le denegó el pago debido a que:

1) La empresa de ambulancias no documentó en su totalidad los motivos por los cuales usted necesitó ser trasladado en ambulancia.

Si esto ocurre, comuníquese con el médico que lo trató o el/la asistente social de altas del hospital para obtener información sobre el motivo por el cual necesitaba ser trasladado en ambulancia. Luego puede enviar esta información a MAC.

2) La empresa de ambulancias no llenó la documentación apropiada.

Si esto ocurre, puede pedirle a la empresa que llene nuevamente la reclamación. No pague la factura hasta que la empresa de ambulancias haya llenado la reclamación correctamente. Si la empresa decide no llenar nuevamente la reclamación, comuníquese con MAC. Su MAC se comunicará con la empresa de ambulancias en representación suya para recordarles que es responsabilidad de la empresa enviar las reclamaciones a Medicare. Si aun cuando la empresa haya enviado nuevamente la reclamación, Medicare no la paga, usted puede apelar la decisión.

Las palabras en color marrón están definidas en las páginas 8–9.

Los Derechos y Protecciones Medicare

¿Qué ocurre si Medicare insiste en no pagar?

Si usted está inscrito en Medicare tiene ciertos derechos garantizados que ayudan a protegerlo. Uno de estos derechos es el de un proceso de apelación justo, eficaz y oportuno de las decisiones sobre el pago de la atención y servicios médicos.

Las palabras en color **marrón** están definidas en las páginas 8–9.

Si Medicare no cubre su traslado en ambulancia, usted tiene el derecho de apelar. Una apelación es un tipo especial de queja que usted hace si no está de acuerdo con las decisiones de Medicare. Para apelar, debe leer el MSN atentamente. Allí le explican porqué no se pagó su reclamación, cuánto tiempo tiene para apelar la decisión y cuáles son los pasos para apelar. Si decide hacerlo, pídale a su médico o proveedor de servicios de salud cualquier información que pudiera ayudar a su caso. Guarde una copia de todos los documentos que envíe a Medicare relacionados con su apelación. Si necesita ayuda para presentar la apelación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Si desea información detallada sobre las apelaciones y otros derechos y protecciones Medicare, visite www.medicare.gov para leer o imprimir la publicación “Sus Derechos y Protecciones Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si puede obtener esta publicación impresa.

Para Más información

Para obtener información sobre Medicare u otros temas relacionados

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)

para obtener información y respuestas las 24 horas del día,
todos los días.

o

visite www.medicare.gov en Internet.

Publicaciones de Medicare

Medicare pone a su disposición información que le ayudará a tomar decisiones informadas sobre su salud. Si desea averiguar sobre los temas que le interesan consulte las publicaciones de Medicare. Siempre estamos agregando publicaciones con información detallada sobre temas importantes.

¿Cómo puede obtener estas publicaciones?

1. Visite www.medicare.gov, en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare.” Usted puede leer o imprimir los folletos. Este es el modo más rápido para obtenerlas.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y oprima el número “4” para averiguar cuáles son las publicaciones impresas disponibles. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Algunas publicaciones están disponibles en inglés, español, audiocasete (en inglés y español), Braille, y en letra grande (en inglés y en español).

Aviso: Puede que algunas publicaciones no estén disponibles en forma impresa, sin embargo podrá consultarlas en www.medicare.gov.

Las Palabras que Debe Conocer

Apelación—Una apelación es un tipo de queja especial que usted hace si no está de acuerdo con alguna decisión de Medicare o de su plan de salud o de su plan de recetas médicas. Usted puede apelar si solicitó un servicio, suministro o medicamento que cree que debería obtener o solicita el pago por un servicio que recibió y Medicare o su plan de salud se lo niegan. También puede apelar si recibe cobertura y el plan deja de pagar. Hay un proceso específico que debe usar su plan cuando usted apela una decisión.

Asignación—En el Plan Original de Medicare, es cuando su médico o proveedor acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio o artículo. Si está inscrito en el Plan Original de Medicare, y su médico o proveedor acepta la asignación, puede ahorrar dinero. Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde del costo del servicio o artículo.

Aviso al Beneficiario por Anticipado (ABN por su sigla en inglés)—Un aviso que un médico o proveedor debe enviar al beneficiario de Medicare antes de prestarle un servicio o suministro que Medicare tal vez no cubra.

Si usted no recibe un ABN antes de recibir el servicio de su médico o proveedor, y Medicare no lo paga, es posible que usted tampoco tenga que pagarlo. Si el médico o proveedor le envía un ABN y usted lo firma antes de recibir el servicio, y Medicare no paga, entonces usted le tendrá que pagar a su médico o proveedor por el servicio o suministro. Los ABN sólo se usan si usted está inscrito en el Plan Original de Medicare, y no se aplican si está inscrito en un Plan Medicare Advantage.

Cantidad aprobada por Medicare—La tarifa que Medicare estipula como razonable para un servicio médico cubierto. Es la cantidad que usted y Medicare pagan a su médico o proveedor (si acepta la asignación) por un servicio o artículo. Tal vez sea menos de lo que le cobró el médico o proveedor. A esta cantidad también se le conoce como “Cargo aprobado”.

Centro de enfermería especializada (SNF)—Un centro de enfermería con personal y equipo para brindarle servicios de enfermería especializados y/o servicios de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados.

Las Palabras que Debe Conocer

Contratista Administrativo de Medicare (MAC)—Una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para pagar las facturas de las Partes A y B de Medicare.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos, ya sea por cada período de beneficios de la Parte A o cada año para la Parte B, antes de que Medicare comience a pagar. Estas cantidades pueden variar cada año.

Aviso al Beneficiario por Anticipado (ABN por su sigla en inglés)—Un aviso que un médico o proveedor debe enviar al beneficiario de Medicare antes de prestarle un servicio o suministro que tal vez Medicare no cubra.

Si usted no recibe un ABN antes de recibir el servicio de su médico o proveedor, y Medicare no lo paga, es posible que usted tampoco tenga que pagarlo. Si el médico o proveedor le envía un ABN y usted lo firma antes de recibir el servicio, y Medicare no paga, entonces usted le tendrá que pagar a su médico o proveedor por el servicio o suministro. Los ABN sólo se usan si usted está inscrito en el Plan Original de Medicare, y no se aplican si está inscrito en un Plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B. En la mayoría de los casos, estos planes también ofrecen la cobertura de recetas médicas.

Plan Original de Medicare—Es un plan de pago-por-visita que le permite atenderse con cualquier médico, proveedor u hospital que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducible). El plan Original de Medicare tiene dos partes: parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico).

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) —Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría gratuita sobre los seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Resumen de Medicare (MSN)—Es un resumen que usted recibe después que su proveedor de servicios de la salud haya enviado a Medicare la factura por los servicios cubiertos por las Partes A y B del Plan Original de Medicare. El mismo explica los servicios por los que se ha facturado, la cantidad aprobada por Medicare para dichos servicios, cuánto pagó Medicare y cuánto le cobrarán a usted.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado \$300

CMS Publicación No. 11021-S
Revisada en diciembre 2006



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