Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia

Este folleto explica:

- Cuándo ayuda Medicare a pagar por los servicios de ambulancia
- Qué paga Medicare
- Qué paga usted
- Qué puede hacer si Medicare no cubre el servicio de ambulancia

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES · USA

CMS
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Tabla de Contenido

Introducción 2

Lo básico de Medicare 3–4

Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia

Transporte de emergencia en ambulancia 5

Transporte en ambulancia que no es de emergencia 6

¿Qué paga Medicare? 7

¿Qué debo pagar? 7

¿Cómo me entero si Medicare no pagará por mis servicios de ambulancia? . .7

Derechos y Protecciones de Medicare

¿Qué puedo hacer si Medicare no paga por un viaje en ambulancia que yo creo que debería estar cubierto? 9–10

¿Qué otros derechos y protecciones tengo con Medicare? 10

Para más información 11

Términos que debe saber (donde se definen las palabras en marrón) . . 12–13

El folleto sobre *Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia* no es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa Medicare aparecen en la leyes, reglamentos y juicios correspondientes.

Introducción

La información en este folleto es para las personas inscritas en el Plan Original de Medicare.
Este folleto explica la cobertura Medicare de los servicios de ambulancia en el Plan Original de Medicare. El Plan Original de Medicare es un plan de "pago por servicio". Lo que significa que le cobran una tarifa por cada servicio o suministro de salud que usted recibe. Este plan, administrado por el gobierno federal, está disponible en toda la nación. Si usted está inscrito en el Plan Original de Medicare utiliza la tarjeta roja, azul y blanca de Medicare cuando obtiene sus servicios de salud.

Si no está en el Plan Original de Medicare, lea atentamente los materiales de información del plan para averiguar si cubren el servicio de ambulancia.
Si está inscrito en un Plan Medicare + Opción, quizá se apliquen distintos reglamentos, su plan debe por lo menos ofrecer la misma cobertura que el Plan Original de Medicare. Sus costos, derechos, protecciones y/o opciones sobre dónde recibirá sus servicios pueden variar si está en uno de estos planes. También podría obtener beneficios adicionales. Lea los materiales del plan o llame a su administrador de beneficios para más información.

Medicare cubre algunos servicios de ambulancia y otros servicios de salud.
Es importante que sepa cuáles son los servicios de salud que cubre Medicare. Todos los servicios regulares están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Para más información vea las dos páginas siguientes. También puede consultar su copia del manual de *Medicare y Usted* (CMS Pub. No. 10050-S), que se envía a los hogares por correo en el otoño. Puede pedir una copia llamando GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede imprimir o leer una copia en la Internet en la página web www.medicare.gov. Seleccione "Publicaciones".

Importante: En el momento de su impresión, los datos en este folleto eran los correctos. Puede haber cambios después de la impresión. Para la versión más actualizada, vaya a www.medicare.gov y seleccione "Publicaciones" o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Un representante de servicio al cliente le informará si los datos han sido actualizados. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Lo Básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de atención médica para:

- Personas de 65 años o más.
- Algunas personas incapacitadas menores de 65 años.
- Muchas personas con enfermedad renal en etapa final (fallo permanente del riñón que requiere diálisis o trasplante renal).

Medicare tiene dos partes:

Parte A, Seguro de Hospital
La mayoría de las personas no tienen que pagar por la Parte A de Medicare. Esto se debe a que ellos o sus cónyuges pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban. La Parte A de Medicare ayuda a pagar por el cuidado de hospital como paciente interno, hospitales de acceso crítico y centros de enfermería especializada. También cubre el cuidado en un hospicio y algunos servicios de salud en el hogar. Usted debe cumplir con ciertos requisitos.

Parte B, Seguro Médico

La mayoría de las personas pagan mensualmente por la Parte B de Medicare. La Parte B cubre los servicios de ambulancia, servicios médicos, cuidado de hospital para paciente ambulatorio y otros servicios que no están cubiertos por la Parte A, tales como terapeutas físicos y ocupacionales y algunos servicios de salud en el hogar. La Parte B le ayuda a pagar por estos servicios y suministros médicos cuando sean necesarios por razones médicas.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Lo Básico de Medicare

Planes de Salud Medicare

Sus opciones de planes de salud incluyen:

El Plan Original de Medicare - disponible en toda la nación.

O

Planes Medicare + Opción, incluyendo:

- Planes de Salud Administrados Medicare.
- Planes Privados de Pago por Servicio Medicare.
- Planes de Proveedores Preferidos Medicare.

Estas opciones están disponibles en varias áreas del país.
El modo en que usted recibe su cuidado de salud puede influir sobre muchas cosas tales como costos, selección de médico, beneficios, conveniencia y calidad.

Si usted se inscribe en un Plan Medicare + Opción:

- Usted continúa en el programa Medicare.

- Debe tener las Partes A y B de Medicare y seguir pagando la prima mensual por la Parte B ($58.70 para el 2003). Si ya está inscrito en un Plan de Salud Administrado Medicare y solo tiene la Parte B, debe permanecer en su plan.

- Usted continuará recibiendo todos los beneficios cubiertos por Medicare. Quizá pueda obtener beneficios adicionales como el de las medicinas recetadas o días adicionales en el hospital.

- Usted tiene derechos de Medicare que lo protegen (vea las páginas 9-10).

Para ayuda con la comparación de sus opciones de salud, use la "Búsqueda Personalizada de Planes Medicare" disponible en www.medicare.gov en la Internet. También puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y seleccionar la opción "0". Un representante de servicio al cliente lo ayudará con la comparación. Recibirá los resultados de la Búsqueda Personalizada de Planes Medicare por correo en tres semanas.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia

La Parte B de Medicare cubre los servicios de ambulancia desde y hacia el hospital o centro de enfermería especializada solo cuando otro tipo de transporte podría poner en peligro su salud. Además, usted puede ser transportado de su casa o centro médico para tratar un problema de salud que requiere que sea transportado en ambulancia.

Transporte de emergencia en ambulancia

El transporte de emergencia en ambulancia es brindado cuando ha tenido una emergencia médica repentina, cuando su salud corre serio peligro y cuando cada minuto cuenta para prevenir un mayor deterioro de su salud. Algunos ejemplos sobre cuándo puede ser considerada por la agencia de seguros de Medicare (la agencia que administra las cuentas de la Parte B), una emergencia de transporte en ambulancia son:

- Tiene dolor severo, está sangrando o en estado de conmoción
- Está inconsciente
- Necesita ser restringido físicamente para evitar que se lastime o que lastime a otros
- Necesita oxígeno u otro tipo de tratamiento especializado durante el transporte

Estos son algunos ejemplos de casos en los que Medicare cubrirá el servicio de ambulancia. La cobertura dependerá del grado de gravedad de su problema médico y de si podría haber sido transportado por otros medios.

Medicare solo cubrirá el servicio de ambulancia hasta el centro más cercano que pueda tratar su problema. Si usted desea ser llevado a un centro más alejado, el pago de Medicare estará basado en lo que cuesta llevarlo hasta el centro más próximo. Si los centros locales no pueden proveerle el cuidado que usted necesita, Medicare ayudará a pagar por el transporte a un centro fuera de su área local.

Medicare pagará por transporte de emergencia en ambulancia en un avión o helicóptero si su estado de salud requiere una atención rápida e inmediata que no le pueden proveer mediante transportación por tierra.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia

Transporte en ambulancia que no es de emergencia

El transporte en ambulancia cuando no hay una emergencia se brinda cuando necesita que lo lleven a hacer un tratamiento o un diagnóstico de salud y no puede ser transportado de otro modo.

Medicare cubre algunos casos de transporte en ambulancia cuando no es una emergencia. Este servicio es limitado. Medicare podría cubrir el servicio si usted está confinado a una cama y tiene una nota de su médico indicando que necesita ser llevado en ambulancia por su condición de salud. Incluso si no está confinado a una cama, Medicare podría pagar por el transporte en ambulancia si tiene la nota del médico.

Si la compañía de ambulancia cree que Medicare no pagará por el servicio de ambulancia cuando no es una emergencia, podría hacerle firmar un Aviso Previo al Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés).

Ver "apelaciones" en las páginas 9 y 10.

Se le darán dos opciones para elegir marcando en el casillero y firmando el ABN. Si elige la primera opción y firma, estará aceptando el pago total por el servicio si es que Medicare no paga. Si elige la segunda opción y firma, habrá elegido no ser transportado. Si elige la segunda opción no puede apelar.

Si se niega a firmar el ABN, la compañía de ambulancia puede decidir si lo transporta o no. Si decide llevarlo aún después que se haya negado a firmar, usted será responsable por el costo si Medicare no paga. Además, usted no puede apelar si se niega a firmar el ABN.

No se le requerirá que firme el ABN si es una situación de emergencia (vea la página 5).

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Cobertura Medicare de Servicios de Ambulancia

¿Qué paga Medicare?

Si Medicare cubre el servicio de ambulancia, pagará el 80% de la cantidad aprobada por Medicare después que usted haya pagado el deducible de la Parte B ($100 para el 2003).

¿Qué debo pagar?

Si Medicare cubre su transporte en ambulancia, usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare después de que usted haya pagado el deducible anual por la Parte B ($100 en el 2003).

La compañía de ambulancia no puede cobrarle más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Todas las compañías de ambulancias deben aceptar la asignación de Medicare. Esto significa que la compañía de ambulancia debe aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total.

¿Cómo me entero si Medicare no pagará por mis servicios de ambulancia?

Usted recibirá un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) de la agencia de seguros Medicare. Este resumen le dirá porqué Medicare no pagó por su servicio de ambulancia. Si Medicare no pagó, encontrará uno de estos párrafos en su MSN*:

- El pago por el transporte en ambulancia solo está aprobado cuando es al centro más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.
- El transporte hacia un centro que esté más cerca de su casa o de su familia no está cubierto.
- La información que nos ha facilitado no muestra la necesidad de ser transportado en ambulancia
- El pago por servicios de ambulancia no incluye el millaje cuando usted no está en la ambulancia

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

*Estos son solo ejemplos de lo que podría encontrar en su MSN.
Las explicaciones variarán de acuerdo a su situación.

Llame a su agencia de seguros Medicare si tiene alguna pregunta sobre el MSN. El nombre y número de teléfono aparecen en la parte superior del MSN.

Emergency
AMBULANCE
861 DJC

Derechos y Protecciones de Medicare

¿Qué puedo hacer si Medicare no paga por un viaje en ambulancia que yo creo que debería estar cubierto?

Usted tiene el derecho de presentar una apelación.

Si usted tiene Medicare, hay ciertos derechos garantizados para su protección. Uno de estos derechos es el derecho a un proceso justo, eficiente y a tiempo para decidir sobre apelaciones relacionadas con pagos o servicios de salud.

Si Medicare decide no cubrir su servicio de ambulancia, usted tiene el derecho de apelar. Para presentar una apelación, lea al reverso de su Resumen de Medicare (MSN). Le explicarán porqué no pagaron, cuánto tiempo tiene para presentar una apelación y cuáles son los pasos a seguir para apelar. Si decide apelar, pida a su médico o proveedor cualquier información que pueda servir para su caso. Debe conservar una copia de todo lo que ha enviado a Medicare como parte de su apelación. Si necesita ayuda para presentar la apelación, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en su estado.

Quizá encuentre problemas de papeleo que pueden ser corregidos sin tener que presentar una apelación.

Antes de apelar, usted o alguna persona de su confianza deberían revisar detenidamente su MSN y cualquier otro documento relacionado con su cuenta por servicio de ambulancia. También puede llamar a la agencia de seguro Medicare, la compañía que paga las cuentas de la Parte B y obtener una explicación más detallada sobre porqué Medicare se negó a pagar.

Al revisar el MSN y otros documentos quizá se dé cuenta que Medicare no pagó porque:

1) La compañía de ambulancia no documentó en forma completa su necesidad de transporte en ambulancia.
Si éste es el caso, comuníquese con el médico que lo trató o el/la asistente social que le dio el alta del hospital y obtenga más información sobre las razones por las que debió ser transportado en ambulancia. Puede enviar esta información a la agencia de seguros Medicare.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

2) **La compañía de ambulancia no completó los papeles correspondientes.**

Si éste es el caso, puede pedir a la compañía que envíe nuevamente el formulario de reclamación. No pague su cuenta hasta que la reclamación sea enviada nuevamente. Si la compañía decide no hacerlo, comuníquese con la agencia de seguro Medicare. Esta empresa, en su representación, se pondrá en contacto con la compañía de ambulancia para recordarles que es su responsabilidad enviar las reclamaciones a Medicare. Si al enviar nuevamente la reclamación y el pago es negado una vez más, el paso siguiente será la apelación.

¿Qué otros derechos y protecciones tengo con Medicare?

Además de sus derechos de apelación, también tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento.
- No ser discriminado.
- Obtener información sobre Medicare que sea fácil de entender para que pueda tomar decisiones sobre su cuidado de salud.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre el programa Medicare.
- Obtener atención de emergencia cuándo y dónde lo necesite
- Enterarse acerca de su tratamiento en un lenguaje claro y fácil de entender.
- Presentar una queja.
- Mantener la privacidad de toda su información personal solicitada por Medicare.
- Hablar en privado con su proveedor de salud y mantener la privacidad de su información médica.

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Hay una nueva reglamentación sobre la privacidad del paciente que le brinda más acceso a su historial clínico y más control sobre el modo en que se utiliza dicha información ya sea por el proveedor o el plan de salud. Esta regla se aplicará a partir del 14 de abril de 2003.

Para más información sobre sus derechos y protecciones de Medicare obtenga una copia gratis del folleto *Sus Derechos y Protecciones de Medicare* (Pub. CMS No. 10112-S). Para pedirla, vea la página 11.

Para Más Información

Para obtener más información sobre Medicare y temas relacionados:

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

Para respuestas e información 24 horas al día incluyendo los fines de semana.

O

Visite nuestra página web, www.medicare.gov

Publicaciones gratis

Medicare trata de brindar información para ayudarle a tomar decisiones acertadas sobre el cuidado de su salud. Usted puede revisar u ordenar las publicaciones gratis de Medicare para informarse sobre asuntos de su interés. Estamos publicando constantemente nueva información sobre temas importantes.

Cómo conseguir estos folletos

1. Vaya a www.medicare.gov en la internet y seleccione "Publicaciones". Puede leer, imprimir u ordenar estos folletos. Este es el modo más rápido para obtener una copia.
2. Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), seleccione la opción "4" para ordenar una copia del folleto que desea. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Recibirá su copia en tres semanas.
3. Escriba su nombre en la lista de nuestra página web para recibir un correo electrónico cada vez que haya una publicación disponible. Para inscribirse vaya a www.medicare.gov y seleccione "Suscripción a nuestra lista de correo" en el extremo inferior de la página. Después, seleccione "Publicaciones", escriba su dirección de correo electrónico en el casillero de abajo y seleccione "Suscribirse".

Las palabras en marrón se definen en las páginas 12-13.

Muchas de estas publicaciones están disponibles en inglés, español, audiocasete (inglés y español), braille y en letra grande (inglés y español). Algunos folletos también están disponibles en chino.

Nota: Puede que algunas publicaciones no estén disponibles en papel (impresas) pero todas están en nuestra página web en www.medicare.gov.

Términos que debe saber

Agencia de Seguros Medicare - Una empresa privada contratada por Medicare para pagar la cuentas de la Parte B.

Apelación - Una apelación es un tipo de queja especial que usted realiza si no está de acuerdo con alguna decisión sobre sus servicios de salud. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si Medicare no paga el total o lo suficiente por un servicio que usted recibió, o un artículo o servicio que usted piensa que debe recibir. Esta queja se hace a su Plan Medicare + Opción o al Plan Original de Medicare. Generalmente hay un proceso especial que debe seguir para presentar su queja.

Asignación - En el Plan Original de Medicare significa que su médico o proveedor acepta el pago de Medicare como pago total. Si está en el Plan Original de Medicare puede ahorrar dinero si su médico o proveedor aceptan la asignación. Usted pagará la parte que le corresponde de la visita médica.

Aviso Previo al Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) - Un aviso que el médico o proveedor debe darle al beneficiario Medicare cuando le provea un artículo o servicio por el cual Medicare no pagará.

Si no recibe un ABN antes de obtener el servicio de su médico o proveedor y, Medicare no paga por el servicio, es probable que usted tampoco tenga que pagar. Si el médico o proveedor le da un ABN y usted lo firma antes de recibir el servicio y Medicare no paga por el mismo, usted será responsable por el pago a su médico o proveedor. El ABN solo aplica si usted está en el Plan Original de Medicare. No aplica si está en un Plan de Salud Administrado o en un Plan Privado de Pago por Servicio.

Cantidad Aprobada por Medicare - La cantidad que Medicare considera como razonable por un servicio médico cubierto. Es la cantidad que un médico o proveedor recibe como pago (suyo y de Medicare) por un servicio o suministro. Quizá sea menos que la cantidad que le ha cobrado su médico o proveedor. La cantidad aprobada también es conocida como “Cargo Aprobado”.

Centro de Enfermería Especializada - Un centro de enfermería con personal y equipo que brinda servicios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Deducible - La cantidad que usted debe pagar por su cuidado de salud antes que Medicare pague su parte correspondiente, ya sea por cada período de beneficio por la Parte A o por año por la Parte B. Estas cantidades pueden variar de año en año.

Hospital de Acceso Crítico - Un centro pequeño que brinda servicios limitados de hospital para pacientes internos y ambulatorios en áreas rurales.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos Medicare - Un Plan Medicare + Opción en el que debe usar los médicos, proveedores y hospitales que pertenecen a la red del plan. Tambien puede usar los servicios de médicos, proveedores u hospitales fuera de la red por un costo adicional.

Términos que debe saber

Plan de Salud Administrado Medicare - Estas son opciones de planes de salud (como HMO) en algunas zonas del país. En la mayoría de los planes, usted solo podrá atenderse con médicos, especialistas u hospitales de la lista del plan. Los planes deben cubrir los servicios de las Partes A y B de Medicare. Algunos planes ofrecen beneficios adicionales como el de las medicinas recetadas. Sus costos podrían ser más bajos que los del Plan Original de Medicare.

Plan Medicare + Opción - Un programa Medicare que le brinda más opciones de planes de salud. Cualquier persona que tenga las Partes A y B de Medicare es elegible, excepto aquellos que padecen Insuficiencia renal en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés).

Plan Original de Medicare - Un plan de salud de pago por servicio que le permite ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud que acepta Medicare. Usted debe pagar un deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte que le corresponde (coseguro). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).

Plan Privado de Pago por Servicio Medicare - Un seguro médico privado que acepta a los beneficiarios de Medicare. Usted puede acudir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepta el pago del plan. El plan en vez del programa Medicare es quien decide cuánto pagará y cuánto le corresponde pagar a usted por el servicio que recibe. Quizá pague más por beneficios cubiertos por Medicare o puede que tenga beneficios adicionales que no cubre el Plan Original de Medicare.

Prima Mensual - El pago periódico que usted hace a Medicare, una empresa de seguros o un plan, por la cobertura de sus servicios de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud - Un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar consejería gratis sobre seguros de salud y asistencia a los beneficiarios Medicare.

Resumen de Medicare - (MSN, por sus siglas en inglés) - Un resumen que usted recibe después que su médico o proveedor presenta una reclamación por servicios de las Partes A y B al Plan Original de Medicare. Este resumen explica cuáles son los servicios cobrados por su proveedor, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto paga Medicare y cuánto le corresponde pagar 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

Publicación CMS-11021-S
Revisado en Julio 2003

Medicare Coverage of Ambulance Services (sp)

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

Para obtener este folleto en español, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.